

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### I

#### LA SENSIBILITÉ OSSEUSE (1)

PAR

**Max Egger.**

(Travail de la clinique de M. Raymond, Salpêtrière.)

La conception d'une sensibilité osseuse et de la possibilité pour celle-ci d'être troublée dans les affections du système nerveux a été émise pour la première fois par nous dans un article, paru dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* (1899). Par deux présentations de malades faites à la Société de Neurologie (1902 et 1904), nous avons justifié notre manière de voir, et nous indiquions en même temps la méthode à suivre pour déceler la sensibilité du squelette. De nombreuses critiques ont été formulées et surtout en Allemagne. Les personnes qui s'intéresseraient à l'étude de l'esprit critique trouveront dans l'analyse des articles parus la preuve que l'école scholastique n'est pas morte, et que le journalisme qui a envahi l'université est devenu l'éducateur de l'esprit scientifique moderne.

Notre conception de la sensibilité osseuse était la suivante : l'enveloppe membraneuse du squelette, le périoste, les capsules articulaires et les ligaments sont doués d'une grande perceptivité pour les vibrations. Les autres tissus participent peu à la perception de cet irritant (par exemple la peau et les muscles). Pour exclure leur participation éventuelle, il suffit de se servir d'un diapason d'une grande force de pénétration, mais dont en même temps le pied ne présente qu'une petite surface de section.

La première objection qui nous fut faite est celle-ci : Comme tous les tissus sont sensibles à la vibration, Egger se trompe en croyant explorer uniquement la sensibilité des os. Seuls MM. Rydel et Seiffert (1) ont nié toute participation de la peau à la perception des vibrations. Il est cependant facile de démontrer que la peau peut sentir les vibrations et il ne sera pas difficile non plus de montrer que la participation de la peau est minime, en comparaison de celle de l'os. Voyons les faits : Faisons placer par une tierce personne le diapason sur une masse charnue, par exemple, celles de l'avant-bras ou du mollet. Aussi longtemps que le diapason ne fait que reposer sur la peau, sans s'enfoncer dans la profondeur des tissus, il nous est impossible de discerner la moindre vibration. Si maintenant nous voulons impressionner la peau, il nous faut recourir à un artifice ; il faut agrandir sensiblement la surface du contact, en interposant entre le pied du diapason et la peau une planchette en bois ou en ébonite. De

(1) Communication à la Société de Neurologie de Paris ; séance du 2 avril 1908.

(2) RYDEL et SEIFFERT, *Archiv für Psychiatrie*, t. 37.

cette manière nous distribuons les vibrations en surface; ce que la petite surface du pied du diapason ne pouvait obtenir, la grande superficie vibrante le réalise. La sommation en superficie, l'agrandissement en surface du contact vibreur finit par impressionner la peau. Pour l'os, nous n'avons pas besoin de cet artifice, la plus petite surface vibratrice détermine une sensation maxima. Déjà cette simple expérience témoigne de la grande infériorité du tégument cutané pour la perception des vibrations. Autre expérience : Qu'une tierce personne fasse vibrer un diapason sur la table; si nous posons doucement la masse charnue de l'avant-bras sur la table vibrante, à peine percevons-nous quelque légère vibration. Au fur et à mesure que nous appuyons davantage sur la table, les vibrations croissent en intensité pour atteindre leur maximum au moment où l'os touche le bois. On peut ainsi varier les expériences et toujours on constate cette même infériorité de la peau pour la perception des vibrations.

Les observations pathologiques nous fournissent encore d'autres preuves. Quand un malade a perdu la perception des vibrations sur les os, la peau aussi a perdu cette faculté et il nous sera impossible de la ramener, même avec le procédé de la sommation en superficie. Il n'existe pas de cas pathologique, où à côté d'une anesthésie vibratoire de l'os, le tégument cutané aurait conservé cette perception; mais le cas inverse se rencontre très fréquemment, et on constate souvent que la peau a perdu la faculté de percevoir les vibrations alors que l'os continue de les percevoir puissamment. Chez des sujets amaigris appartenant au tabes et à la polynévrite il est facile de soulever un pli cutané, et de le prendre entre un morceau de bois et le pied du diapason. On constate alors souvent que les vibrations ne produisent aucun effet, tandis que sur l'os elles sont encore puissamment senties. Il ne faudrait pas conclure de là que les nerfs cutanés soient anesthésiés et les nerfs périostiques conservés. Non, l'observation doit être interprétée tout autrement. Quand la sensation vibratoire est perdue, elle l'est pour tous les tissus; mais quand elle est seulement affaiblie, déjà sa diminution équivaut à une abolition pour le tissu de moindre perceptivité qu'est la peau. Si le tégument cutané percevait les vibrations aussi bien que quelques-uns de nos contradicteurs voudraient le faire croire, il serait fatal qu'on rencontrât la dissociation suivante : conservation de la perception vibratoire pour la peau avec abolition pour les tissus profonds. Or, cette variété-là n'existe pas.

Quand deux diapasons, sans être à l'unisson présentent des chiffres de vibrations très voisins, on entend à des intervalles égaux, des renforcements du son qu'on nomme battements. Ce phénomène bien connu en acoustique existe aussi pour le nerf sensitif périphérique. Mais il s'obtient seulement quand on pose les deux diapasons sur un os, par exemple le tibia. On perçoit alors distinctement un martellement rythmique, correspondant aux intervalles du renforcement du son. Ce battement tactile et non acoustique ne s'obtient pas sur la peau. Cette expérience encore vient compléter la démonstration du peu de sensibilité que présente la peau à l'égard de l'irritant vibreur.

Quand nous explorons le squelette avec le pied du diapason, nous sommes obligés d'exercer une pression d'autant plus forte que l'os est plus profondément caché. Or la sensation de la pression que nous exerçons sur la peau en opérant ainsi dépasse de beaucoup en intensité les faibles perceptions vibratoires qui pourraient éventuellement s'y produire; ces dernières sont donc nécessairement étouffées par la sensation de pression; toute la sensation vibratoire reconnue par le sensorium lui vient alors de l'os. En résumé, l'expérimentation sur l'homme normal, l'étude des cas pathologiques, le phénomène du battement, l'interférence

entre sensation forte et sensation faible, tout cela constitue une chaîne de preuves, d'où il résulte que le récepteur par excellence de l'irritant vibratoire, c'est l'os.

Il était donc rationnel de porter vers la profondeur l'exploration de la sensibilité vibratoire, puisque là elle atteint sa plus grande énergie. Nos contradicteurs ont agi de la façon la plus opposée. Au lieu d'exclure par des procédés méthodiques toute participation de la peau, ils se servent d'un diapason dont le pied porte une plaque d'ébonite. Ils pratiquent ainsi de la sommation en surface sur un organe où physiquement et physiologiquement la sensation vibratoire n'existe que rudimentairement. Si cette illogique façon de procéder fournit des résultats faux, et même contradictoires entre eux, il n'y a pas là de quoi nous surprendre. Pour démontrer la possibilité de la participation de la peau à la perception vibratoire, on est obligé de recourir à la sommation en surface : autrement dit, pour que son rendement devienne appréciable, on est obligé de mettre en œuvre un artifice qui le multiplie : c'est une faute expérimentale.

Avec plus de droit et plus de logique nous pourrions soutenir que la sensibilité thermique n'a rien de spécial pour la peau ; car les tissus profonds, muscle, tendons, ligaments, périoste sont eux aussi capables de percevoir le froid et la chaleur ; de même que les cavités du tube digestif et de l'appareil génito-urinaire. D'ailleurs tous les tissus irrigués par le courant sanguin perçoivent la température. La spécialisation des nerfs n'est pas aussi absolue que l'école orthodoxe de l'énergie spécifique veut nous le faire croire. Chaleur et froid sont aussi perçus par les tissus profonds, avec cette différence que la sensibilité est moins affinée et manque de localisation. Nous ne faisons pas de différence entre 40 et 45° centigrades dans l'intestin et nous ne savons pas dans quelle anse se trouve le liquide injecté, tandis que nous différencions déjà un demi-degré sur la peau et sommes capables de localiser exactement le point d'attaque. Cette constatation n'invalide en rien l'existence de l'organe thermique dans la peau, l'appareil perceuteur d'un irritant se développe là où par la force des choses cet irritant se trouve agir le plus souvent. Or l'irritant thermique (variation de température) existe au maximum à la surface de la peau et au minimum dans la profondeur des tissus. Inversement la perception de l'irritation vibratoire se localise dans le tissu le plus profond, la grande force de pénétration qui caractérise cet irritant lui permet de se concentrer autour du tissu le plus dense, là où les vibrations atteignent leur maximum d'énergie. C'est donc là que l'organe perceuteur des vibrations a dû se créer. En voici assez de faits justifiant la conception de la vibration osseuse. Passons à la seconde objection.

On a dit : si même la sensibilité osseuse existe, telle que le veut Egger, elle ne peut être utilisée par l'exploration clinique à cause de l'impossibilité de la localiser.

Malheureusement nos contradicteurs (1) ne distinguent pas entre l'effet physique et l'effet physiologique d'une vibration. Et voici ce qui les a égarés. Lorsque nous posons le diapason sur la malléole d'un individu, les vibrations produites se trouvent être perceptibles au niveau de la hanche du sujet *pour les mains d'une tierce personne*. Le fait, nous a-t-on objecté, exclut la possibilité d'une localisation de la part du sujet. — Si nos contradicteurs avaient demandé au sujet en expérience dans quel point il percevait les vibrations, il leur aurait répondu : au niveau des malléoles c'est-à-dire au point même de l'application de l'instrument. L'explication de ce phénomène en apparence contradictoire est

(1) MINON, *Neurologisches Centralblatt*, 1904. — GOLDSCHIEDER, *Berliner klinische Wochenschrift*, April 1904.

simple Elle réside pour la plus grande part dans la notion de la concurrence des sensations.

Lorsque deux sensations, soit similaires, soit disparates, convergent vers notre sensorium, la plus forte éclipse la plus faible. Exemple : Saisissons à pleine main et tenons à bras étendu le diapason en état de vibration, nous sentons dans notre main de fortes vibrations tactiles, dénuées de toute sonorité. Si maintenant nous rapprochons de l'oreille le diapason, la sensation tactile dans la main nous semble avoir disparu aussi longtemps que la perception sonore s'impose à nous avec force, pour disparaître, au fur et à mesure que, allongeant le bras, nous cessons de percevoir par l'oreille. A ce moment il apparaît dans la main de nouveau la perception de la vibration tactile.

Également dans le cas de deux sensations similaires la sensation la plus forte éclipse la sensation la plus faible. La sensation la plus forte existe là où le diapason martelle la peau et l'os. Cette sensation éclipse les sensations diffuses qui se propagent le long du squelette et que perçoit au loin la main de la tierce personne, mais que ne peut percevoir la main du sujet en expérience. — Voici donc un côté du problème éclairci. Pour une localisation plus précise le concours de la sensibilité tactile est nécessaire. Toutes les localisations sensibles sont des sensations mixtes, composées d'une part de l'élément contact, lequel est localisateur, d'autre part d'éléments non localisables par eux-mêmes, tels que chaleur, froid, douleur et vibration. Cela nous explique pourquoi les cas ayant perdu la sensibilité tactile et la baresthésie, mais qui perçoivent les vibrations, ne sont plus capables de localiser ces dernières.

La localisation d'une vibration doit être réglementée par la méthode. Les vibrations envoyées dans l'axe des os longs se propagent davantage au loin que les vibrations appliquées perpendiculairement à l'axe. Placez le diapason sur la tête de la phalange de l'index placée dans la prolongation de son métacarpien. Les vibrations sont plus fortes dans cette position de la phalange que si cette dernière est pliée en angle droit sur son métacarpien. Pourquoi? Parce que dans le premier cas vous envoyez des vibrations longitudinales à travers la phalange, son métacarpien et les os du carpe; les vibrations quand elles sont fortement appliquées peuvent produire de cette façon des chocs interarticulaires déterminant par eux-mêmes de nouvelles vibrations. En fléchissant la phalange, vous arrêtez au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne les vibrations longitudinales en leur imprégnant une direction transversale. Il faut donc toujours appliquer le diapason perpendiculairement à son os, quand on veut éviter la propagation des ondes; et il faut de même employer une intensité faible qu'on accroîtra suivant le besoin du cas. Cette mesure qui s'impose d'elle-même a montré à nous et bien d'autres auteurs (1) des anesthésies osseuses partielles et isolées au milieu de régions squelettiques normalement sensibles. Il est fréquent de constater une anesthésie isolée d'un pied ou d'une main, ou de certains doigts. On trouve un péroné sensible, et un tibia anesthésique, soit dans toute l'étendue de ces os, soit dans un tiers inférieur seulement. L'anesthésie du fémur sans anesthésie des os de la jambe se voit encore chez le tabétique. L'anesthésie d'un condyle du fémur ou seulement de l'épitrôchlée se rencontre de même. Fréquemment on constate une anesthésie osseuse des deux extrémités inférieures, inclusivement le bassin et le sacrum et les deux dernières vertèbres lombaires. Toutes ces observations que nous pourrions multi-

(1) MARINESCO, *Semaine médicale*, 1905. — STIRLING, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 29.

plier montrent que même l'effet physique est susceptible dans une certaine mesure de montrer de la localisation; l'anesthésie osseuse, limitée par la ligne médiane, appartient à l'hystérie, et nous sommes aujourd'hui convaincu que les anesthésies organiques ne peuvent donner une pareille délimitation franche. Nous sommes tout à fait converti de cette erreur qui fut la nôtre.

Une troisième objection qu'on nous a adressée est la suivante: La vibration serait bien une sensibilité profonde, mais elle ne serait autre chose qu'une modification de la baresthésie (1). Dans notre étude sur la baresthésie publiée dans ce même journal en 1907 nous avons surabondamment démontré que la baresthésie est une sensibilité superficielle.

La pathologie de son côté nous fournit assez d'arguments militant contre cette assertion; car les cas ne sont pas rares où la sensibilité tactile et la sensibilité à la pression étant perdues, la sensibilité vibratoire est conservée; d'autre part, des cas avec sensibilité tactile et baresthésie intégrés, présentent une abolition de la sensibilité osseuse.

La quatrième objection consiste en ce que le périoste ne prendrait aucune part à la sensibilité vibratoire. L'os jouerait uniquement un rôle de réflecteur en projetant les ondes sur le muscle (2). Cette idée nous avait préoccupé nous-même dès la première heure; et pour en contrôler la portée nous nous sommes adressé aux amyotrophies de la sclérose latérale et de la poliomyélite de l'enfance et de l'adulte. Or dans les atrophies les plus accentuées nous n'avons relevé aucune diminution, ni de l'intensité, ni de la durée de la perception vibratoire. Au contraire, dans des cas d'atrophie unilatérale, nous avons pu constater que la perception de la vibration était plus durable dans le membre atrophié que dans le membre normal: preuve que le muscle n'est pas le siège de la perception vibratoire; il semblerait même résulter de la constatation précédente qu'il est susceptible de modifier cette perception dans sa durée, en l'abrégeant.

Quelle est l'utilité de la sensibilité osseuse? Quel est son rôle physiologique? Avant d'aborder cette question, voyons ce que nous enseigne l'anatomie. Dans la plupart des traités ce point est négligé. Le seul anatomiste qui ait donné une description détaillée de l'innervation du périoste est Rauber. D'après ses recherches l'os reçoit ses nerfs par deux voies. D'abord par le trou nourricier l'os reçoit un tronculé qui se ramifie dans la moelle osseuse. Avant son entrée dans le canal osseux, ce tronculé abandonne quelques ramifications au périoste. La deuxième source de l'innervation sensitive du périoste et des capsules articulaires réside dans le muscle. Rauber, qui a examiné ces nerfs dans plusieurs monographies, dit que la plupart des muscles des membres envoient un filet sensitif le long de leur insertion sur le périoste et sur les capsules articulaires où elles finissent par des corpuscules de Vater ou par de larges communications du cylindraxe.

La vibration est un irritant biologique des plus répandus. Quoique nous ne le sentions pas ou que nous le sentions moins bien que les irritants qui frappent l'épiderme sensible, il n'en est pas moins vrai que dans la marche, la course, dans toutes les phases de notre locomotion nous engendrons des vibrations dans notre squelette. A chaque pas, nous faisons vibrer le squelette de la jambe qui frappe le sol. Or, ces vibrations, que nous ne sentons pas en temps normal (pas plus que le contact de nos habits), ont surtout une grande valeur comme excitant réflexe. Pour nous, les vibrations chargent les cellules motrices de la moelle et du cervelet et entretiennent le tonus musculaire pendant la marche.

(1) HERZOG, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1906.

(2) NEUTRA, *ibid.*, vol. 28.

Sans cette recharge continuelle des cellules motrices, qui part de la périphérie, l'énergie motrice faiblirait vite. Cela contribue à nous expliquer pourquoi nous nous fatiguons plus vite en restant debout immobile, qu'en marchant. Dans la station simple l'énergie motrice s'épuise sans se renouveler, tandis que dans la marche, grâce aux vibrations incessantes, les cellules se rechargent et le tonus se maintient. La vibration n'exerce d'action physiologique utile que sur le squelette : la peau avec sa perceptivité et sa conductibilité faibles ne peut jouer aucun rôle dans le chargement des éléments moteurs.

Quand on observe la marche des ataxiques, on voit qu'ils se soutiennent moins bien sur un terrain mou (tel qu'une pelouse de gazon) que sur un terrain dur (comme la route ou le trottoir). Sur le terrain mou on les voit s'effondrer, il se produit le dérobement des genoux ou l'entorse du pied par hypotonie de leurs muscles péroniers, qui sur un sol dur les menacent moins. Je crois qu'ici encore nous devons accuser l'absence des fortes vibrations. Instinctivement, le tabétique cherche à les produire en tapant le sol avec ses talons, résultat qu'il obtient seulement sur terrain dur.

Ceux qui ont pratiqué des ascensions de montagne peuvent constater quelque chose de semblable. Quand après une journée entière d'ascension, étant redescendu des sommets, on arrive les jambes fatiguées sur le terrain mou des pâturages, continuellement le dérobement des jambes s'ébauche et l'entorse du pied vous menace. Cela cesse dès qu'on retrouve le sol ferme et la route empierrée.

Les belles expériences de Stcherbak (1) donnent l'appui le plus solide à notre manière de voir. Cet auteur a montré qu'on peut produire la spasmodicité par l'application de fortes vibrations. C'est ainsi qu'il détermine par des vibrations appliquées sur la région du genou de l'homme normale une exagération unilatérale du réflexe rotulien se maintenant pendant la durée de tout un mois. Sur un tabétique il a pu renforcer les réflexes rotuliens affaiblis, et il a réussi à réveiller les réflexes rotuliens et achilléens disparus dans un cas de poliomyélite. En enlevant une hémisphère cérébelleuse au lapin, le côté correspondant à l'opération ne devenait plus spasmodique, malgré l'application prolongée des vibrations les plus énergiques.

Toutes ces observations se complétant en un ensemble homogène montrent à l'évidence que la sensibilité osseuse dessert directement le système moteur en chargeant et en rechargeant le tonus musculaire.

Pour terminer notre démonstration, nous montrons à la Société une série de malades, réalisant les types les plus instructifs pour l'étude de la sensibilité osseuse.

Le premier cas concerne une syringomyélie flasque. L'extrémité supérieure droite est le siège de troubles thermanesthésiques et analgésiques. Dans toute l'étendue de ce membre la sensibilité tactile est normale, autant au point de vue intensif qu'extensif. Tout à fait normale est de même la baresthésie et le sens des attitudes. Complètement abolie jusqu'inclusivement la tête de l'humérus est la sensibilité osseuse de ce membre.

Le second cas est un tabes avec une ostéopathie de Paget au niveau des deux jambes. Les deux extrémités inférieures, inclusivement le bassin, ont perdu la perception à la vibration malgré l'intégrité de la sensibilité cutanée et de la baresthésie.

La troisième malade réalise un syndrome thalamique, associé à un tabes. Les membres du côté gauche hémianesthésique ont perdu complètement la percep-

(1) STCHERBAK, *Encéphale*, 1906.

tion tactile et la perception à la pression. La pression du pied du diapason, exercée sur un endroit quelconque du bras ou de la jambe gauches, n'est nullement perçue; malgré cela, la malade continue à sentir les vibrations du diapason qu'elle ne peut localiser qu'incomplètement.

Le quatrième cas que nous présentons est une affection rare. Il s'agit probablement d'une sclérose combinée intéressant principalement les faisceaux cérébelleux et le cordon postérieur. Les quatre membres et le tronc sont spasmodiques. Les réflexes exagérés, mais le signe de Babinski fait défaut. Pupilles réagissant normalement. La sensibilité tactile et la baresthésie sont conservées, de même que le sens des attitudes. Du côté des membres supérieurs, il y a thermo-anesthésie qui, au niveau des membres inférieurs, n'intéresse que les jambes. La sensibilité osseuse, quoique raccourcie, est conservée partout, excepté dans les deux membres supérieurs. A ce niveau, ce malade ne perçoit aucune vibration, mais le diapason détermine sur ces deux membres thermo-anesthésiques de fortes sensations de chaleur.

## II

### LA SENSIBILITÉ STÉRÉOGNOSTIQUE ET LA SYMBOLIE AUX MEMBRES INFÉRIEURS

PAR

**S. Marbé**

Ancien interne des hôpitaux.

Jusqu'à présent, autant en clinique que dans les laboratoires de psychologie expérimentale, les recherches, entreprises sur la sensibilité gnostique et symbolique, se sont limitées presque exclusivement aux membres supérieurs et précisément au niveau des régions palmaires.

Ayant la conviction que ces genres de sensibilité doivent exister partout, là où existent les sensibilités générales primaires, nous avons conclu que, *a priori*, elles doivent exister de même au niveau de toutes les régions articulaires et par conséquent aussi au niveau de la plante des pieds et des orteils. En faisant faire des expériences sur nous-même, nous avons constaté que nous pouvons, en vérité, percevoir la plus grande partie des objets qui nous furent placés tour à tour entre le menton et la poitrine, à l'aisselle, au pli du coude, à la région poplitée, sous les orteils, etc.

Après avoir été convaincu — certes à la suite d'un grand nombre d'expériences — que la possibilité qu'ont les gens normaux de reconnaître et de nommer des objets à l'aide de leurs pieds, n'est pas une fiction, nous nous sommes adressé à la pathologie du phénomène en question et nous avons examiné avec patience un nombre de malades, des plus intelligents, du service de notre maître.

La méthode d'examen est très simple. La position donnée aux malades est, indifféremment, ou assise ou dans l'état de décubitus dorsal. Dans le premier cas, qui est beaucoup plus préférable selon nous, nous plaçons les objets sur un morceau de drap ou de carton pour leur empêcher tout bruit et ensuite nous

arrangeons au-dessus les orteils et la plante des malades. Dans le second cas, c'est nous-même qui maintenons les objets, qui les bougeons, les appuyons, les roulons continuellement sur la face plantaire des pieds, au-dessous des orteils et, s'il est besoin, nous les introduisons même entre ceux-ci, dont le degré d'abduction contribue à la précision de l'épaisseur des objets d'expérience. Il est inutile de rappeler encore que, pendant l'examen, les malades doivent avoir les yeux fermés.

Il est vrai que l'examen gnostique et symbolique des régions plantaires ne présente pas la même esthétique et peut-être la même importance qui résulte de la recherche de mêmes phénomènes aux membres supérieurs; mais son importance devient tout à fait manifeste, quand il s'agit de la physiologie générale et surtout de la pathologie de ces genres de sensibilité.

## II

Nous avons examiné plusieurs cas de maladies nerveuses et nous avons noté pour chacun d'eux les troubles de la sensibilité primaires, constatés au niveau de la face plantaire des pieds, ainsi que les troubles de la stéréognosie. Le résultat de quelques-uns de ces examens se trouve dans le tableau ci-contre annexé.

Si nous regardons d'un coup ce tableau, nous constatons que la colonne verticale marquant l'anesthésie symbolique ou l'asymbolie correspond à celle d'anesthésie articulaire, ainsi qu'à des troubles plus ou moins intenses dans le domaine des autres genres de la sensibilité provoquée. Cette conclusion générale ressemble aux résultats donnés par les recherches sur la stéréognosie classique. Mais si nous analysons ce même tableau, nous voyons que certains malades ont la sensibilité douloureuse, thermique, etc., normale, et cependant la stéréognosie est abolie. Ainsi le malade n° 2 a la conservation de la sensibilité à la pression; le n° 3 a la thermoesthésie; le n° 21 a trois sortes de sensibilité conservées : la sensibilité tactile, thermique et vibratoire; enfin le n° 49 a tous les genres de sensibilité moins la sensibilité articulaire, qui est abolie. Mais dans ces deux derniers cas nous avons constaté en plus un agrandissement énorme des champs de Weber, dont le diamètre était de 15 centimètres. La plus grande majorité des autres malades ont seulement l'hypoesthésie de ces sortes de sensibilité et néanmoins la sensibilité stéréognostique chez ceux-ci, comme chez ceux cités plus haut, est complètement abolie.

Mais ce qu'on remarque de commun dans tous ces cas, et ce qui constitue l'élément déterminant du phénomène en question, c'est l'abolition complète de la sensibilité articulaire et un certain degré plus ou moins accentué d'hypoesthésie tactile, qui peut, à son tour, être troublée seulement en ce qui concerne l'appréciation des distances. Ainsi, dans un cas de myopathie primitive progressive et dans le cas de polynévrite (n° 49 du tableau), nous avons trouvé l'asymbolie podalique, coexistant avec l'abolition du sens articulaire et avec l'agrandissement des champs de Weber.

Dans cet ordre d'idées nous trouvons très intéressantes les observations des malades n° 25 et n° 26, qui montrent l'agrandissement exagéré des champs de Weber et la conservation, intégrale dans le second cas et un peu diminuée dans le premier cas, de la sensibilité articulaire. Eh bien, ces malades ont la stéréognosie inconstante. En général, ils perçoivent des objets plus grands et ne peuvent pas diagnostiquer les petits objets comme, par exemple, des petites clefs, des monnaies, des petites bouteilles, la brosse à moustaches, etc.

NOMBRE des OBSERVATIONS	LE DIAGNOSTIC	LA SENSIBILITÉ						LA SYMBOLIE
		TACTILE	DOULEUR.	THERMIQUE	BASIQUE	VIBRAT.	ARTICUL.	
1	Tabes dorsal.....	Anesth.	Anesth. Hypoesth.	Anesth. — Conserv. Hypoesth.	Anesth. Conserv. Hypoesth. Anesth.	Anesth. — Hypoesth. Anesth.	Anesth.	
2	— .....	Hypoesth.	—	—	—	—	—	
3	— .....	Anesth.	—	—	—	—	—	
4	— .....	—	—	—	—	—	—	
5	— .....	—	—	—	—	—	—	
6	— .....	—	—	—	—	—	—	
7	— .....	Hypoesth.	—	—	Hypoesth.	Hypoesth.	—	
8	Paraplégie spasmodique...	Anesth.	—	Anesth.	Anesth.	Anesth.	—	
9	— .....	—	—	—	—	—	—	
10	— .....	—	—	—	—	—	—	
11	— .....	—	Anesth. Hypoesth.	—	—	—	—	
12	— .....	Hypoesth.	Anesth.	Hypoesth. Anesth.	—	—	—	
13	Syndr. queue de cheval...	Anesth.	—	—	—	—	—	
14	— .....	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	—	
15	Hémiplégie droite.....	Anesth.	—	—	—	—	—	
16	— .....	Hypoesth.	—	—	—	—	—	
17	— .....	Anesth.	—	—	—	—	—	
18	— gauche chlorur.	—	—	—	—	—	—	
19	Polynévrite .....	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Agr. des champs de Weber.	
20	Amiotroph. Charcot-Mar..	Anesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Anesth.	Agr. des champs de Weber.	
21	— Leyd. Möbius.	Conserv.	—	Conserv.	Anesth.	Conserv.	—	
22	Anesthésie Altemo.....	Anesth.	Anesth.	Anesth.	—	Anesth.	—	
23	— .....	—	—	—	—	—	—	
24	— hystérique dr.....	—	—	—	—	—	—	
25	Paraplégie spasmodique...	—	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Hypoesth.	Inconst.	
26	Tabes juvénile .....	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Conserv.	Agr. des champs de Weber.	

Par conséquent, les éléments sensitifs, grâce auxquels nous avons la possibilité de reconnaître et de nommer les objets à l'aide des pieds, sont les sensibilités articulaire et tactile, ces fonctions étant indispensables pour l'appréciation de la forme, de la résistance, du poids et des dimensions des objets.

## III

Au point de vue sémiologique, nous avons trouvé l'asymbolie podalique dans l'hémiplégie d'origine corticale et sous-corticale, dans l'hémi-anesthésie hystérique et organique, dans le *tabes*, dans la *paraplégie*, dans la *polynévrite*, dans l'amyotrophie Charcot-Marie, Leyden-Mobius, etc. Dans ces dernières quatre formes de maladies, l'existence de l'astérognosie générale vient de confirmer d'une façon magistrale l'opinion classique, à savoir que l'astérognosie ne représente pas seulement un trouble de *perception*, mais qu'elle peut être provoquée aussi par une absence de *réception* des impressions, qui ne peuvent plus être *transmises* à la corticalité consciente. En effet, dans tous ces cas, comme dans le cas léthale de Dercum (1), la lésion se trouve localisée dans la voie des conduites sensitives, et non au point de leur terminaison dans l'écorce.

Dans quelques cas d'astérognosie de réception et surtout dans le *tabes*, les recherches de ce genre de sensibilité nous ont conduit à deux conclusions précises et importantes :

1) *L'astérognosie des membres inférieurs présente une topographie radiculaire*, — car, dans certains cas, nous avons constaté l'abolition de la sensibilité stéréognostique au niveau des orteils et nous l'avons trouvée, par contre, conservée dans les régions poplitées, qui sont innervées par d'autres racines sensitives.

2) *L'astérognosie coïncide avec l'ataxie locomotrice*. — De l'examen de plusieurs cas de *tabes*, nous sommes arrivés à la conviction que tous les tabétiques n'ont pas nécessairement des troubles symboliques aux membres inférieurs, mais que ces troubles existent seulement chez les malades qui présentent de l'incoordination motrice de ces mêmes membres.

Ces deux phénomènes pathologiques — l'astérognosie et l'ataxie — dépendent de la perte du sens musculaire, qui, suivant Ch. Féré, « est l'élément primordial de la sensibilité et peut-être seul indispensable » (2).

L'astérognosie des membres inférieurs chez les ataxiques est tout à fait identique avec le phénomène remarqué par les auteurs classiques, à savoir que la perception stéréognostique est abolie du côté de la main des tabétiques « à une période où l'incoordination des membres supérieurs s'est déjà manifestée » (3).

Cette coexistence de l'asymbolie et de l'ataxie fut trouvée encore par nous dans deux cas de paraplégie spasmodique syphilitique, chez lesquels nous avons noté, avec M. Noica (4), l'abolition de la sensibilité articulaire au niveau de toutes les articulations des membres inférieurs.

## IV

Jusqu'à ces derniers temps, la stéréognosie a été considérée comme un sens tout à fait spécial, dont le siège fut localisé au niveau du tiers moyen de la

(1) DERCUM, Tumeur du bulbe, ayant débuté par de l'ataxie et de l'astérognosie, *Rev. neur.*, 1900, p. 943.

(2) Ch. FÉRÉ, *Sensation et Mouvement*, 2<sup>e</sup> édit., Alcan, 1900, p. 407.

(3) J. DEJERINE, *Sémiologie du système nerveux*, 1901, p. 892.

(4) NOICA et S. MARRÉ, les Troubles de la sensibilité objective dans la paraplégie spasmodique syphilitique, *Semaine médicale*, 4 avril 1906.

région rolandique et plus précisément de la pariétale ascendante; là, on a été fixé pour la première fois par Wernicke. Cette localisation, qui de nos jours commence à perdre de sa valeur absolue (Chipault), est encore soutenue par la majorité des auteurs, parmi lesquels nous citons Diller, Mills, Williamson, Nothnagel, Bechterew, de Brun, Mlle Klavdia Markova, etc.

Nos recherches sémiologiques, unies avec les données de la psychologie expérimentale, nous montrent que la stéréognosie podalique, loin de se présenter comme un sens spécial, est plutôt une vraie perception formée de l'association par ressemblance et contiguïté des diverses images qui se trouvent dans l'ensemble des territoires de la zone corticale. La phénoménologie psychique qui prépare l'acte de la stéréognosie générale suppose une identification intracorticale et une identification transcorticale, dont le point de départ est situé au niveau de la région périrolandique, le siège anatomique de la sensibilité générale. Des expériences entreprises par nous sur des gens normaux nous ont amené à la conviction que l'excitation qui détermine la stéréognosie peut partir de toutes les régions intersegmentaires, parce que nous l'avons trouvée non seulement du côté des mains, mais aussi dans les régions du cou, du coude, des orteils. Par conséquent, on peut affirmer que le réflexe symbolique émergerait non uniquement du tiers moyen de la région rolandique, mais aussi des différents points rolandiques, qui correspondent aux régions périphériques mentionnées. Ainsi que, et en tenant compte de la localisation sensomotrice des membres inférieurs, nous nous croyons en droit de soutenir, hypothétiquement, que le premier phénomène de la symbolie podalique partirait du niveau du tiers supérieur de la région psychomotrice et du lobe paracentral.

## V

Quelle pourrait être la valeur diagnostique de l'abolition de la stéréognosie des membres inférieurs? H. Verger (1) de Bordeaux est arrivé à la conclusion que dans les cas d'épilepsie partielle des membres supérieurs l'abolition de la perception stéréognostique doit être considérée comme une présomption sur l'existence d'une lésion organique. Malheureusement nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner dans ces derniers temps des cas semblables; mais si ce phénomène est justement observé, alors nous pourrions soutenir une même opinion en ce qui concerne la nature organique de l'épilepsie crurale. Nous pouvons dire la même chose de l'affirmation de Mlle Markova (2), qui soutient que l'abolition de la perception stéréognostique des malades, chez lesquels la sensibilité périphérique est normale (?), indiquerait un trouble dans les associations qui président à la notion de la forme, et par conséquent il s'agirait d'une lésion corticale.

Dans tous ces cas nous devons éliminer l'hystérie, qui, comme nous le savons, ne rencontre aucun obstacle dans le bouleversement apparent des quelques rapports qui, pour nous, sont considérés comme de vraies lois.

(1) Henri VERGER, Sur la valeur sémiologique de la stéréognosie, *Rev. neur.*, 1902, p. 1205.

(2) Markova KLAVDIA, Contribution à l'étude de la perception stéréognostique. *Thèse*. Genève, édit. Eggimann, 1900.

# ANALYSES

## NEUROLOGIE

### ÉTUDES GÉNÉRALES

#### ANATOMIE

- 620) **Sur le développement des Neurofibrilles dans les Voies Pyramidales chez l'homme** (Ueber die Entwicklung der Neurofibrillen in der Pyramidenbahn des Menschen), par M. GIERLICH. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe.*, t. XXXII, p. 97-108, 1907.

Des recherches faites chez 7 embryons humains d'âge différent, l'auteur conclut que la formation des neurofibrilles chez l'homme est complètement achevée entre le 9<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> mois de la vie embryonnaire dans les voies pyramidales du bulbe et de la moelle épinière, tandis qu'elle n'est qu'à peine ébauchée, à cette époque, dans les dendrites des cellules pyramidales des circonvolutions centrales. Le corps cellulaire est encore dépourvu de fibrilles. Il est inadmissible que les fibrilles prennent naissance dans ces cellules. La formation des neurofibrilles commence dans la moelle épinière vers le sixième mois de la vie fœtale. A cette époque la formation des neurofibrilles dans les voies motrices périphériques est déjà terminée. Au commencement du troisième mois, les racines intra et extra-spinales se présentent comme des cordons fibrillaires, tandis que les cellules des cornes antérieures ne possèdent pas encore de neurofibrilles, qui s'y forment seulement vers le cinquième mois. Le développement des neurofibrilles se fait pour la plupart dans un sens centripète. Les faits constatés par l'auteur lui paraissent plaider en faveur de l'origine multicellulaire des neurofibrilles M. M.

- 621) **Contribution à l'étude du trajet intramédullaire des Racines Postérieures du Cône terminal**, par L. JACOBSON. *Neurol. Cbtt.*, n° 9, p. 386-391, 1<sup>er</sup> mai 1907.

L'auteur a observé sur un chimpanzé la disposition suivante : les racines pénétraient dans la région dorsale du cordon latéral, s'entortillaient légèrement en traversant ce cordon presque transversalement, atteignaient la marge de la substance gélatineuse, et se divisaient en partie pour gagner le noyau de la corne postérieure, en partie pour déboucher au sommet du cordon postérieur. Des sections expérimentales chez le lapin ont permis de suivre au Marchi le trajet des fibres sous-jacentes à la II<sup>e</sup> sacrée jusqu'à la région dorsale inférieure, le trajet des fibres des deux premières paires sacrées jusqu'au noyau de Goll.

FRANÇOIS MOUTIER.

- 622) **Sur les altérations des Cellules Nerveuses consécutives aux Brûlures circonscrites de la peau**, par CARLO RIGHETTI (de Florence). *Lo Sperimentale*, an LXI, fasc. 6, p. 771-797, novembre-décembre 1907.

A la suite des brûlures circonscrites et limitées à l'épaisseur des téguments,

on observe, aussi bien chez le chien que chez le lapin, des altérations des cellules nerveuses des ganglions spinaux, du sympathique et de la corne antérieure correspondant aux métamères cutanés brûlés. Elles sont très nettes dans les ganglions, moins graves dans le sympathique, rares dans la moelle.

Les lésions sont évidentes dès le 3<sup>e</sup> jour; elles augmentent d'intensité graduellement, et vers le 20<sup>e</sup> jour, dans le ganglion rachidien, une grande partie des éléments nerveux tendent à disparaître, envahis par la prolifération des noyaux de la capsule cellulaire.

Ce processus est en complète opposition avec ce qui se produit lorsqu'on enlève au bistouri un lambeau cutané de même grandeur que la brûlure du cas précédent. A la suite de la blessure des téguments au bistouri, les éléments nerveux du métamère réagissent peu ou ne réagissent point.

Malgré la notion d'altération nerveuse consécutive aux brûlures, on ne saurait rendre la lésion centrale entièrement responsable des cicatrisations difficiles ou vicieuses des brûlures.

F. DELENI.

623) **Sur la Dégénération Chromatolytique secondaire directe et indirecte**, par VITTORIO SCAFFIDI. *Archivio di Anatomia Patologica e Scienze affini*, Palerme, vol. II, fasc. 4. 1907.

Revue des phénomènes de la chromatolyse directe des cellules antérieures de la moelle; c'est celle qui est immédiatement consécutive à la section ou à l'arrachement des racines antérieures.

La chromatolyse indirecte de ces mêmes cellules motrices médullaires se produit dans deux conditions: à la suite de la section des racines postérieures, et après la lésion des faisceaux pyramidaux. Cette dernière éventualité a été particulièrement étudiée par l'auteur (cas de section de la moelle cervicale par balle de revolver, ictus hémiplegiques avec mort rapide, expérimentation).

Après une étude analytique attentive des dégénération chromatolytiques secondaires directes, indirectes et des opinions qui ont été émises sur la chromatolyse en général, l'auteur envisage le mécanisme de cette chromatolyse.

Il ne croit pas que la période de réparation de la cellule nerveuse fasse immédiatement suite à la phase dite de réaction; pour expliquer les différences énormes dans le temps nécessaire à la restauration complète, suivant les régions que l'on fait dégénérer et les techniques expérimentales employées, il convient d'admettre que les deux phases, celle du début et celle de la fin, sont séparées par un temps intermédiaire, la période d'état, celle-ci étant d'une durée extrêmement variable; la réaction et la réparation auraient l'une comme l'autre une certaine uniformité de durée.

F. DELENI.

624) **Coloration des Dégénérescences Récentes par le Rouge du Bleu de Méthylène** (en hollandais), par AUGUST STARKE (Zutphen). *Psych. en neur. bladen*, p. 456-460, 1906.

Certains produits de dégénérescence nerveuse se colorent en rouge par l'azur, ou les colorants qui le contiennent, comme le bleu polychrome. Solubles dans l'alcool, ils disparaissent par les procédés d'inclusion ordinaires. On peut retenir ces substances dans les coupes en remplaçant l'alcool, etc., par l'acétone. Fixation au formol, puis acétone 80° et acétone pur pendant quelques minutes jusqu'à deux heures dans l'étuve à 35°, paraffine ou solution de celloïdine dans l'acétone. Coloration intense, différenciation par le mélange formoline-acétone, acétone pur, xylol. Conserver dans le xylol-dammar qu'on laisse durcir avant

de mettre le couvre-objet avec une deuxième goutte de dammar. On peut aussi fixer par le molybdate d'ammoniaque. Il faut de la prudence dans l'interprétation. Ces produits sont probablement ceux que colorent les méthodes récentes de Donaggio.

POLENAAR.

### PHYSIOLOGIE

625) **Les Processus Physiologiques dans les éléments du système nerveux** (Die Vorgänge in den elementen des Nervensystems), par M. VERWORN. *Zeitschr. allg. Physiol.*, t. VI, p. 41-44.

Il y a à peine une dizaine d'années que tout l'intérêt scientifique des chercheurs se concentrait dans l'étude des localisations fonctionnelles dans diverses parties du système nerveux. Aujourd'hui on serre la question de plus près et, muni de nouveaux procédés d'investigation, on cherche à déterminer les processus qui accompagnent l'activité des éléments nerveux. L'auteur, en se basant sur les faits connus et surtout sur ses nombreuses recherches personnelles, affirme que l'étude des processus nerveux doit être rattachée aux données de physiologie cellulaire relatives aux processus dans la matière vivante en général. Ce n'est qu'en partant de ce point de vue que l'on pourrait arriver à connaître les processus dans les éléments nerveux qui accompagnent la production des phénomènes subjectifs et objectifs. C'est ce que l'auteur essaye de faire. Il défend l'existence du neurone dans le sens physiologique et critique les idées de Bethe, refusant toute autonomie fonctionnelle à la cellule ganglionnaire. Nombreux arguments d'ordre expérimental et de nature déductive permettent à l'auteur d'affirmer de la façon la plus absolue que les cellules ganglionnaires, tout en exerçant une influence déterminée sur la marche de l'excitation dans le système nerveux, sont en même temps le siège de processus nerveux spécifiques. Elles présentent sur le trajet des fibres nerveuses conductrices de nombreuses stations, dans lesquelles les processus spécifiques provoqués par l'apport des excitations exercent, sur ces dernières, une action dynamogène ou inhibitoire. C'est suivant l'état ou le degré de métabolisme de la cellule ganglionnaire que l'excitation a pour effet une suractivité ou une paralysie des éléments nerveux. L'auteur insiste sur la différence qui existe entre le métabolisme « fonctionnel » et le métabolisme « cytoplastique » de la cellule en général et de la cellule nerveuse en particulier. Le premier ne comprend qu'une partie plus ou moins limitée du métabolisme général, tandis que le second consiste dans une destruction plus profonde suivie d'une néoformation de la matière vivante. Le métabolisme cytoplastique joue un très grand rôle fonctionnel dans la vie des éléments aussi hautement différenciés que la fibre musculaire et la cellule ganglionnaire. La fibre nerveuse possède également un métabolisme propre aussi bien à l'état d'activité qu'à l'état de repos. La transmission des effets d'excitation constitue la fonction spécifique de la fibre nerveuse. Comme dans toute matière vivante, la conductibilité nerveuse est accompagnée d'un processus de désassimilation et est en rapport direct avec l'excitabilité du nerf. Toutefois, il est certain que la transmission de l'excitation dans la fibre nerveuse n'est pas un simple processus physique, mais un effet immédiat du métabolisme dissimulateur, dans lequel l'utilisation de l'oxygène par le nerf joue un rôle fondamental. L'auteur admet que la

transmission de l'excitation à travers le nerf est accompagnée d'un transport des échanges le long du nerf d'une section transversale à l'autre et il croit devoir garder une certaine réserve vis-à-vis des théories électro-physiques de la fonction nerveuse.

M. MENDELSSOHN.

626) **Réflexes Tendineux des régions du corps soumises à l'effort. Recherches sur les coureurs de Marathon**, par MILT ŌECONOMAKIS (d'Athènes). *Neurol. Cblt.*, n° 11, 1<sup>er</sup> juin, p. 498-503; n° 12, 16 juin, p. 563-570, 1907.

Sur 43 coureurs examinés, l'auteur fut amené à constater 4 fois une augmentation générale des réflexes tendineux; — 2 fois un accroissement bilatéral des patellaires et des achilléens; — l'augmentation isolée des patellaires dans 2 cas; — l'affaïssement des patellaires bilatéral 3 fois, unilatéral (à gauche) une fois seulement; — l'affaiblissement des achilléens 3 fois des deux côtés et 4 fois d'un seul côté, toujours à gauche. Enfin, le réflexe patellaire était absent de chaque côté dans un seul cas. L'auteur remarque que les troubles ont porté sur les régions les plus directement soumises à l'effort, et qu'ils ont atteint leur maximum chez les coureurs ayant fourni le plus grand effort.

FRANÇOIS MOUTIER.

627) **Recherches nouvelles sur le Réflexe du dos du Pied** (Neuere Untersuchungen über den dorsalen Fussrückenreflex), par LISSMANN (Munich). *Munch. Med. Wochenschr.*, n° 21, p. 1030, 1907.

Le réflexe de Mendel-Bechterew se pratique de la façon suivante : percuter légèrement la région latérale du dos du pied au niveau des os cuboïde et III<sup>e</sup> cunéiforme. Chez les gens normaux, on voit alors les II<sup>e</sup>, III<sup>e</sup>, IV<sup>e</sup> et V<sup>e</sup> orteils entrer en extension, tandis que dans les maladies organiques avec paralysie, on aura une flexion de ces orteils. Dans la plupart des cas examinés le Babinski aurait été négatif.

Lissmann a recherché ce signe chez un grand nombre de malades, il a obtenu les mêmes résultats que Mendel-Bechterew en ce qui concerne la flexion dorsale chez les gens normaux.

Les résultats furent aussi concordants pour 41 tabétiques, 2 paralysies agitées, 81 sciatiques, 5 paralysies spinale-infantile.

Par contre dans 21 apoplexies vieilles ou récentes, les données furent différentes, dans 11 cas il obtint la flexion plantaire, et la plupart de ces malades avaient un Babinski positif.

On ne constate aucun cas de flexion plantaire avec Babinski négatif.

Cette constatation de la flexion plantaire seulement dans les cas à Babinski positif décida l'auteur à rechercher chez les nouveau-nés (qui ont un Babinski positif, comme on le sait) comment se comporte ce réflexe. Le résultat est le suivant : jusqu'au 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> mois, flexion plantaire avec Babinski positif et aussi longtemps que ce dernier existe.

L'auteur conclut : l'absence du réflexe Mendel-Bechterew, c'est-à-dire la flexion des orteils, est très précieuse pour diagnostiquer les maladies organiques du système nerveux central.

CH. LADAME.

628) **La détermination exacte des aires où la Sensibilité est altérée**, par WILFRED TROTTER et H. MORRISTON DAVIES. *Review of Neurology and Psychiatry*, vol. V, n° 10, p. 761-772, octobre 1907.

Il existe trois façons de rechercher les troubles de la sensibilité tactile ; on

peut passer un flocon de ouate sur les téguments du sujet à examiner, ou faire l'exploration au moyen d'un pinceau fin, ou se servir du poil d'un esthésiomètre.

D'après les auteurs ces moyens sont excellents, mais ils ne permettent la plupart du temps que de reconnaître des aires relativement restreintes différant sensiblement de celles de la topographie nerveuse ou radiculaire. Le moyen qu'ils étudient et qui n'est malheureusement pas toujours applicable consiste à faire délimiter par le malade lui-même l'aire dans laquelle sa sensibilité est altérée.

Lorsque le sujet est intelligent il arrive, à l'aide de la pulpe de ses doigts, à délimiter très exactement les surfaces où la sensibilité est le siège d'une diminution même quand celle-ci est extrêmement faible; il délimite aussi assez souvent des surfaces que l'exploration d'autrui laissait croire normales.

Dans les cas rapportés par les auteurs, les malades sont arrivés à délimiter eux-mêmes des aires de troubles de la sensibilité assez étendues et répondant exactement à des topographies anatomiques, alors que les explorations médicales faites avec le plus grand soin n'avaient fait reconnaître que des troubles dans une aire amorphe et beaucoup plus restreinte.

THOMA.

629) **Réflexe paradoxal de Gordon et sa signification diagnostique**, par GEORGES E. PRICE (de Philadelphie). *The Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 2, p. 420, 11 janvier 1908.

Description et historique du réflexe paradoxal; observation d'un homme de 30 ans traumatisé dans un accident de chemin de fer, le coup ayant porté sur la région lombaire.

Pendant deux jours les troubles de la sensibilité et le réflexe de Gordon furent les seuls symptômes. Le troisième jour apparut le réflexe de Babinski, puis vinrent des troubles des sphincters et de la parésie du membre inférieur gauche.

Après quelques jours de cet état les symptômes se sont amendés peu à peu, et le réflexe de Gordon a disparu en dernier lieu.

THOMA.

630) **Nouvelle contribution à la connaissance de la fonction de l'Hypophyse**, par A. GEMELLI. *Società milanese di Medicina e Biologia*, 13 décembre 1907.

D'après l'auteur, l'hypophyse n'est pas un organe indispensable à la vie; néanmoins, chez les animaux jeunes chez qui on a enlevé l'hypophyse, il se produit un arrêt de développement très évident.

Le lobe glandulaire de l'hypophyse a une action éminemment antitoxique.

Quant au lobe nerveux, il est en rapport avec la fonction du rein.

F. DELENI.

631) **Note sur la Sécrétion de l'Hypophyse et ses Vaisseaux Évacuateurs**, par PAUL THAON. (Travail des laboratoires de MM. les Prof. LANDOUZY et ROGER.) *Soc. de Biologie*, séance du 27 avril 1907.

Comment l'hypophyse évacue-t-elle les produits de son activité glandulaire? L'hypophyse est dépourvue de réseau lymphatique; elle évacue ses produits de sécrétion par les capillaires sanguins.

FÉLIX PATRY.

632) **Recherche sur l'Ablation de l'Hypophyse**, par M. GARNIER et P. THAON. (Travail du laboratoire de M. le Prof. ROGER.) *Soc. de Biologie*, séance du 20 avril 1907.

L'ablation de l'hypophyse est une opération difficile à exécuter (la voie buccale

est à rejeter en raison des infections post-opératoires presque fatales), difficile à interpréter à cause des délabrements qu'elle entraîne et sur lesquels on peut rejeter les accidents post-opératoires. Les auteurs ont cependant pratiqué l'hypophysectomie totale sur 12 chiens par la voie temporale. Dans un seul cas ils ont obtenu une survie de 16 jours. Parmi les symptômes présentés pendant ces 16 jours par l'animal survivant, les auteurs croient pouvoir attribuer à l'insuffisance hypophysaire l'asthénie, l'amaigrissement et la torpeur. Quoi qu'il en soit, l'hypophysectomie totale n'est pas constamment suivie de mort immédiate.

FÉLIX PATRY.

## ÉTUDES SPÉCIALES

### CERVEAU

633) **A propos des fonctions du Corps Calleux dans l'action d'agir et des rapports de l'Aphasie et de l'Apraxie avec l'Intelligence** (Ueber die Funktion des Balkens beim Handeln u. die Beziehungen von Aphasie u. Apraxie zur Intelligenz), par LIEPMANN (Berlin). *Medizin. Klinik*, n° 25, 26, p. 725 et 765, 1907.

Les fonctions du corps calleux nous sont aujourd'hui encore bien peu connues. Que sait-on sur sa physiologie? Quels sont les effets de sa destruction totale ou partielle? Autant de suppositions que de questions. Nous devons bien avouer que nous ne savons rien de positif.

L'expérimentation sur les animaux non plus que la tératologie n'ont jusqu'ici fourni de réponse satisfaisante.

Certes le corps calleux joue un rôle important comme trait d'union entre les zones corticales des deux hémisphères, dans le territoire de l'aphasie notamment. Mais c'est théoriquement que l'on arrive à cette conclusion, car où sont les preuves anatomo-pathologiques? Les lésions du corps calleux jusqu'ici ont toujours été additionnées à celles d'un autre foyer.

L'étude de l'apraxie a apporté dans les dernières années quelque lumière dans la question des fonctions du corps calleux.

Liepmann, après avoir examiné 90 malades, découvre que le siège de l'adaptation au but comme celui de la parole se trouvent dans l'hémisphère gauche. Par « handeln », il entend l'adaptation au but ou l'action d'agir.

Ainsi plus de la moitié des hémiplegiques droits ont leur extrémité supérieure droite paralysée, mais la gauche est aussi atteinte dans son fonctionnement, elle est dyspraxique.

On a dans le schéma suivant les différents cas qui peuvent se présenter.

1° Main droite paralysée (cas ordinaire), main gauche dyspraxique.

2° Main droite paralysée (cas ordinaire), main gauche normale (eupraxique).

3° Les deux mains sont apraxiques, la droite plus que la gauche.

4° La main droite est si fort apraxique que c'est elle qui retient l'attention.

5° La main droite est eupraxique, la main gauche apraxique.

Ce qui est nouveau dans ces données, Liepmann l'exprime comme suit : « On admettait jusqu'ici que les deux hémisphères étaient frères dont l'un est plus fort et plus habile. Mais le moins doué produirait aussi quelque chose par lui-même. Tandis que maintenant, on constate que même pour produire ce peu,

le petit frère doit être influencé par le grand. Si ce dernier vient à être malade, l'absence de sa direction se fait aussi manifestement sentir sur le travail du cadet ».

La mémoire des mouvements dans ces cas n'est détruite que partiellement. On constate alors des troubles dans l'adaptation à de nouvelles circonstances et non seulement dans la répétition d'actes antérieurement appris.

C'est ce dernier point qui conduisit Liepmann à attribuer à une lésion du corps calleux une importance particulière pour expliquer ces troubles fonctionnels. Il base ses idées sur de nombreuses observations.

Pour Liepmann donc :

1° Le centre du bras de l'hémisphère droit (bras gauche) est continuellement dépendant du centre de l'hémisphère gauche et ce sont les fibres du corps calleux qui établissent les communications entre les deux centres.

2° Il y a prévalence de l'hémisphère gauche.

3° Le corps calleux joue un rôle décisif dans la Praxie.

Il résume dans le schéma ci-après les données précédentes :

1° Lésion corticale : paralysie de main droite, dyspraxie main gauche.

2° Lésion sus-capsulaire : paralysie de main droite, dyspraxie main gauche.

3° Lésion capsulaire : paralysie main droite.

4° Lésion corps calleux : dyspraxie main gauche.

Liepmann appuie ses vues sur des cas bien observés qu'il publiera ailleurs en détail.

Ces faits prouvent que l'apraxie ne se laisse pas définir comme une simple perte de mémoire ou comme perte de l'intelligence. L'auteur s'élève en particulier contre quelques interprétations de P. Marie et, pour préciser ses vues, il fait suivre son article de quelques remarques sur les relations de l'intelligence avec l'apraxie et l'aphasie.

Liepmann est très satisfait de constater que P. Marie reconnaît que la compréhension des mouvements appris pour la main droite ne s'emmagent pas dans l'hémisphère droit, mais bien dans la gauche.

Il regrette seulement que Marie prenne en bloc, ce que les auteurs ont maintenant étudié en détail et différencié.

Pour Liepmann il y a aussi apraxie quand bien même la compréhension du mouvement existe.

Liepmann espère pouvoir démontrer que la localisation de l'aphasie dans le tiers postérieur de la III<sup>e</sup> frontale gauche est trop étroite, idée déjà émise par Monakow. Si l'on peut douter de la réalité du centre de l'aplasie de Broca, parce qu'il existe des cas où l'aphasie est légère ou passagère, d'autant plus peut-on douter du centre de Wernike que P. Marie veut prendre comme centre de l'aphasie. Car on a là aussi des lésions avec troubles aphasiques légers et passagers.

Pour prouver la déchéance intellectuelle des aphasiques, Marie utilise les troubles de la compréhension des mouvements démontrés par Liepmann.

Il ne faudrait pourtant pas oublier que précisément le progrès réside dans le fait que l'on a sorti l'aphasie et l'apraxie de la masse informe nommée « démence ».

Comment se comporte l'intellect dans les troubles apraxiques et aphasiques.

Le plus grand nombre des cas des malades avec foyer ont eu bien longtemps avant l'insulte un cerveau sclérosé, ou plusieurs petits foyers qui comportent un certain nombre de déchéances.

Certes dans les maladies avec foyer, il y a des troubles de l'intelligence, mais ceux-ci sont les effets et non les causes de la déchéance.

Conclusion : Une lésion du corps calleux portera presque exclusivement atteinte à la *Praxie* de la main gauche.

Liepmann ne se prononce pas sur la localisation du centre de la *Praxie*. Il reconnaît cependant l'importance des parties suivantes comme particulièrement vulnérables par la *Praxie* :

1° La partie des circonvolutions pariétales immédiatement voisines et situées derrière les circonvolutions centrales.

2° Les circonvolutions centrales et leur substance blanche.

La lésion de ces territoires conduit ordinairement à une paralysie de la main droite. Elles entrent donc en considération pour la *Praxie* de la main gauche.

CH. LADAME.

634) **La localisation de l'Aphasie** (Die Localisation der Aphasie), par SCHLUB (Préfargier). *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, n° 4, p. 41, 1907.

Résumé bref et clair de cette question toute actuelle. Schlub expose, sans prendre parti, les opinions de Dejerine et de Marie et attend une solution des travaux futurs.

CH. LADAME.

## MOELLE

635) **Sur le pronostic de la Poliomyélite aiguë et d'autres affections analogues au point de vue étiologique** (Ueber die prognose der akuten Poliomyelitis und aetiologisch verwandter Erkrankungen), par J. WICKMAN. *Zeitschr. f. kl. Medic.*, t. LXIII, 1907.

L'auteur en se basant sur un nombre de cas dépassant mille qu'il a eu l'occasion d'observer pendant une épidémie de poliomyélite aiguë qui sévit en été et en automne 1906, en Suède, affirme que le pronostic *quoad vitam* est dans cette maladie beaucoup moins favorable qu'on ne l'admettait jusqu'ici; il est plus mauvais dans la seconde enfance et chez l'adulte que dans la première enfance. Le pronostic quant à la guérison complète est bien meilleur qu'on ne le croit généralement. Il a pu observer plusieurs cas de guérison avec la disparition complète des phénomènes paralytiques. La vie est surtout menacée le quatrième jour de la maladie. Après la première semaine le pronostic s'améliore progressivement.

M. M.

636) **Poliomyélite antérieure comme maladie épidémique**, par HENRY BERG (de New-York). *Medical Record*, n° 4, 4 janvier 1908.

L'auteur décrit une poliomyélite antérieure épidémique qui serait entièrement distincte de la polomyélite antérieure sporadique; la fièvre y est de plus longue durée, le délire est fréquent, il y a des troubles de la sensibilité et des symptômes bulbaires.

THOMA.

637) **La récente épidémie de Poliomyélite**, par V. P. GIBNEY et CHARLTON WALLACE (de New-York). *The Journal of the American Medical Association*, vol. XLIX, n° 23, p. 2082, 21 décembre 1907.

L'auteur donne plusieurs observations de paralysie infantile; l'une d'elles

montre que la maladie peut guérir quelquefois complètement en peu de jours ; une autre fait voir que les systèmes postérieurs de la moelle peuvent être atteints.

L'auteur considère la poliomyélite comme due à un virus spécifique ; l'organisme envahirait l'axe cérébro-spinal tout entier, les méninges et les racines ; il déterminerait les localisations inflammatoires par action directe.

THOMA.

638) **Recherches anatomo-pathologiques sur la Poliomyélite aiguë et les maladies de la même famille, pendant les épidémies de Norvège, 1903-1906** (Pathologisch-anatomische Untersuchungen über akute Poliomyelitis und verwandte Krankheiten von den Epidemien in Norwegen 1903-1906), par FR. HARBITZ et OLAF SCHEEL. Un volume de 220 pages, 17 pl. hors-texte et 11 fig. dans le texte. Christiania, 1907.

De 1903 à 1906, on a observé en Norvège une série d'épidémies locales de poliomyélite aiguë (1053 cas pour les seules années 1905 et 1906). Fr. Harbitz et Olaf Scheel ont eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomique du système nerveux dans 17 cas, à savoir : 13 cas dans lesquels la mort est survenue à la période aiguë, et 4 cas dans lesquels la mort n'est survenue qu'à la période de séparation. Ils ont étudié en outre 2 cas d'encéphalite.

Les lésions sont, dans leur ensemble, les mêmes dans tous les cas : infiltration diffuse péri-vasculaire, atteignant, sur toute la hauteur de la moelle, la pie-mère, la substance blanche, et la substance grise, mais ayant son maximum au niveau des cornes antérieures ; — même processus (quoique généralement moins accentué) au bulbe, à la protubérance, à la base du cerveau, surtout au voisinage de la scissure de Sylvius. L'inflammation, se propageant le long des vaisseaux, s'étend dans le cerveau jusqu'aux ganglions centraux.

Les auteurs n'ont trouvé aucune lésion des nerfs périphériques.

Des deux cas d'encéphalite, l'un se réduisait à un foyer cérébral circonscrit ; dans le second, on notait en outre une inflammation diffuse atteignant les ganglions centraux, la protubérance, le bulbe, et aussi les méninges, qui étaient infiltrées sur toute la hauteur de la moelle dorsale.

Fr. Harbitz et Scheel étudient les relations de la poliomyélite aiguë avec d'autres maladies nerveuses ; avec la maladie de Landry, qui n'est souvent qu'une poliomyélite aiguë grave, — avec la myélite transverse, dont se rapprocherait une poliomyélite aiguë avec foyers plus circonscrits, — avec la polio-encéphalite aiguë supérieure ou inférieure (toute poliomyélite intense s'accompagne d'une inflammation plus ou moins accusée du bulbe et de la protubérance), — avec l'encéphalite.

La poliomyélite aiguë est certainement de nature infectieuse, et semble toujours due au même agent. Geirsvold dans 12 cas, Fr. Harbitz et Scheel dans 3 cas, ont trouvé un même diplocoque dans le liquide céphalo-rachidien ; ils croient pouvoir l'identifier avec le diplocoque de Jäger et Heubner.

L'infection a le plus souvent sa porte d'entrée dans le tube digestif, et aussi dans la gorge. Elle gagne le système nerveux par la voie sanguine (il est possible qu'elle suive aussi la voie lymphatique). D'après les auteurs, elle se localise d'abord dans le liquide céphalo-rachidien et dans la pie-mère ; de là elle se propage, non par un processus embolique comme l'admet P. Marie, mais en suivant les gaines adventices des vaisseaux. La distribution des artères dans le système nerveux rend compte de la répartition des lésions. H. GRENET.

## **NERFS PÉRIPHÉRIQUES**

- 639) **Section des Racines postérieures de la Moelle pour les Névralgies des Amputés**, par PHILIP COOMBS KNAPP. *Boston Medical and Surgical Journal*, vol. CLVIII, n° 5, p. 149, 30 janvier 1908.

Lorsque les amputés souffrent de névralgies violentes du moignon, on est tenté de les soulager par la résection des racines postérieures.

Cependant, avant de se décider à cette intervention, il est nécessaire de bien envisager la gravité. L'auteur donne deux observations : la première concerne un amputé de cuisse qui mourut sur la table d'opération après la section des racines. Le deuxième cas concerne un amputé du bras, hyperesthésique de toute la moitié supérieure du corps, qui supporta bien la section des racines, mais qui, au bout de quelques mois, était devenu paraplégique spasmodique des membres inférieurs par un processus difficile à saisir.

THOMA.

- 640) **Sur l'impossibilité de soudure entre les Fibres Motrices et les fibres réceptrices** (Notiz über die Unfähigkeit motorischer Fasern mit rezeptorischen Fasern zu verheilen), par ALB. BETHE. *Arch. f. d. ges. Physiologie*, t. CXVI, p. 479-482, 1907.

En répétant sur de jeunes chiens l'expérience de Schwann et de Schiff, l'auteur s'est assuré que dans la soudure des deux bouts d'un nerf mixte, il n'existe pas d'union entre les fibres centrifuges et centripètes ni au point de vue fonctionnel ni au point de vue trophique.

M. M.

- 641) **Un cas de résection du Nerf Vague du côté droit pour Tumeur maligne**, par H. TEMPLE MURSELL (de Johannesburg). *British Medical Journal*, n° 2459, p. 386, 15 février 1908.

Dans un cas de tumeur maligne où le vague était infiltré par le néoplasme, on fut obligé de réséquer près de quatre centimètres de ce nerf à la hauteur du larynx.

Au moment de la section la pâleur du visage s'accrut et on nota quelques transpirations. Il n'y eut pas d'altération du rythme du pouls, mais un peu d'affaiblissement. La respiration ne fut pas altérée.

Le malade guérit de son opération et la résection du vague n'eut comme conséquence qu'une paralysie unilatérale du larynx.

THOMA.

- 642) **Nouvelles recherches sur la Régénération des Fibres Nerveuses** (Neue Versuche über die Regeneration der Nervenfasern), par ALBRECHT BETHE. *Arch. f. d. gesam. Physiologie*, t. CXVI, p. 385-479 (7 tables de figures).

La célèbre expérience de Philippeaux-Vulpian sur la régénération du nerf sectionné a provoqué en ces derniers temps un grand nombre de recherches, parmi lesquels celles de Bethe, sur l'autorégénération de la fibre nerveuse, jouent un rôle considérable quoique fortement discutées. L'auteur reprend dans le présent travail la question de l'autonomie fonctionnelle de la cellule ganglionnaire et celle de l'autorégénération de la fibre nerveuse; il apporte à l'appui de sa thèse de nouvelles expériences et soumet les idées de ses adversaires à une critique rigoureuse. Il est impossible de réunir dans une brève analyse toutes les expériences intéressantes de l'auteur sur la section et l'ar-

rachement des fibres radiculaires motrices aux différents niveaux suivies d'un examen histologique très minutieux de la cellule ganglionnaire et de deux bouts du nerf sectionné. Bornons-nous à donner ici les conclusions de cet important travail dont les détails sont à revoir dans l'original.

Il résulte des expériences de l'auteur, que les cellules ganglionnaires privées complètement de leurs neurites n'ont pas la faculté de faire régénérer un autre neurite. En général la cellule ganglionnaire n'est pas capable de former un nouveau neurite, si elle ne reste pas en connexion avec la cellule de Schwann. La faculté de bourgeonnement du bout central d'un nerf sectionné est fonction de sa longueur. Les tronçons courts fournissent moins de substance nerveuse néoformée que les tronçons longs. Les grandes « boules de bourgeonnement » de Cajal restent sur le lieu de leur formation et s'entourent de myéline. Elles ne doivent pas être conservées comme des bourgeons d'accroissement. Les fibrilles n'y forment pas de réseau. Les jeunes cylindraxes dans le bout central de la fibre sectionnée présentent, surtout à leur extrémité, des cellules de Schwann. On ne peut donc pas affirmer que l'accroissement part de la fibre ancienne ou des cellules de Schwann. Les troncs nerveux isolés des jeunes chiens peuvent se régénérer autogéniquement et récupérer leur aptitude fonctionnelle. Les bouts périphériques isolés de la fibre nerveuse sectionnée et surtout des fibres axiales peuvent bourgeonner et s'accroître avec autant d'intensité que les bouts centraux. Les fibres néoformées du bout central pénètrent dans le bout périphérique lorsqu'elles atteignent ce dernier dans leur accroissement progressif. Les fibres à myéline n'y pénètrent pas et leur nombre dans le nerf régénéré autogéniquement ne dépasse pas la normale. Les fibres axiales, qui d'après les idées généralement admises se forment sans le concours du centre nerveux avec les restes des fibres dégénérées, dégénèrent de la même façon que les fibres normales, si l'on vient à les sectionner de nouveau. Le bout périphérique seul subit des modifications telles comme le gonflement et la multiplication des noyaux, la partie centrale reste intacte. L'auteur déduit de ce qui précède, que la dégénération des nerfs périphériques normaux devrait être envisagée comme une particularité spéciale de la cellule de Schwann. Il est donc tout naturel que les nerfs régénérés autogéniquement réagissent à la section de la même manière que les nerfs normaux. Les fibres des racines postérieures peuvent se régénérer d'elles-mêmes; celles des cordons postérieurs de la moelle se régénèrent après la section des racines postérieures ou ne dégénèrent pas du tout chez les jeunes animaux. La réunion primaire du bout d'un nerf sectionné se produit par l'accroissement du tissu conjonctif péri- et endo-neural. Les fibres nerveuses ne se dirigent qu'ultérieurement dans ce sens. Il existe à la surface de section d'un nerf une sorte d'attraction, un neurotropisme du tissu conjonctif périneural, mais nullement du tissu conjonctif environnant. Il s'agit probablement d'un chemotropisme qui se manifeste non seulement entre le tissu nerveux et le tissu conjonctif périneural, mais aussi entre les éléments nerveux de deux bouts sectionnés. L'impossibilité de la réunion fonctionnelle des fibres motrices et réceptrices, préganglionnaires et postganglionnaires prouve que les restes des fibres nerveuses conservent, après dégénération accomplie, un certain degré de leur spécificité fonctionnelle. Ce fait parle contre le caractère indifférent attribué par les partisans de la théorie d'accroissement à la cellule de Schwann.

Malgré l'importance des faits précités, l'auteur pense que le problème de la régénération des nerfs est loin d'être résolu. Ses recherches ne sont qu'une

contribution critique et expérimentale à cette question si complexe. Il craint que les faits positifs énoncés par lui ne soient interprétés dans le sens inverse par les partisans du neurone, qui considèrent M. Bethe comme « l'auteur extrêmement négativiste ».

M. MENDELSSOHN.

### **DYSTROPHIES**

- 643) **Contribution clinique et pathologique à l'étude de l'Hypertrophie hémilatérale** (Klinischer und pathologischer Beitrag zum Studium der halbseitigen Hypertrophie), par LUIGI CAGIATI (laboratoire pathologique du prof. MINGAZZINI, à Rome). *Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*, t. XXXII, p. 282-294, 1907.

L'auteur a observé chez une petite fille de 41 mois, d'origine israélite, une hypertrophie de toute la moitié gauche du corps datant depuis la naissance. La peau de la partie volumineuse est plus pigmentée que celle du côté opposé. Pas d'altérations rachitiques du squelette. L'œil gauche est aussi plus grand que l'œil droit, l'odorat fait défaut à gauche. Il existe du côté hypertrophié une paralysie faciale avec réaction de dégénérescence.

L'enfant est morte à la suite d'une gastro-entérite. A l'autopsie, on n'a pas constaté de différence dans le développement de deux moitiés de l'encéphale. Les vaisseaux sanguins, ainsi que le poumon et le rein, sont plus développés à gauche qu'à droite. L'examen microscopique a relevé une hypertrophie et une hyperplasie du tissu conjonctif intramusculaire, du exopéri- et endoneurium, sans altération du tissu nerveux et musculaire. L'auteur admet qu'il s'agit dans ce cas d'un trouble trophique, espèce d'éléphantiasis, survenu dans la première période embryonnaire de la voie intra-utérine. Chez l'homme comme chez les animaux supérieurs, le blastoderme peut, sous l'influence de causes inconnues, modifier l'évolution normale dans une partie ou bien dans toute une moitié du corps et créer ainsi des monstruosités.

M. M.

- 644) **Hémiatrophie faciale. Un cas avec stigmates morphologiques**, par THEOPHIL KLINGMANN. *Journal of the American Medical Association*, vol. XLIX, n° 23, p. 4888, 7 décembre 1907.

Le cas rapporté concerne une jeune fille de 16 ans dont la moitié gauche du front porte une dépression et dont la moitié gauche du visage est moins développée que le côté droit. L'atrophie osseuse est bien nette; le tégument est décoloré et il a perdu son élasticité; le tissu sous-cutané semble avoir disparu. Il y a de ce côté droit de la tête des douleurs persistantes depuis des années.

Il est remarquable que le sujet présente une asymétrie crânienne qui se retrouve chez deux sœurs; de plus elle a une oreille plus petite que l'autre et les 5<sup>e</sup> doigts de ses mains recourbés en crochet (camptodactylie).

Ces particularités font regarder l'hémiatrophie faciale dans ce cas comme favorisée par une anomalie du développement.

THOMA.

### **NÉVROSES**

- 645) **Dermatose simulée chez une Hystérique**, par PIER LODOVICO ROSELLINI (de Bologne). *Società Medico-chirurgica e della Scuola Medica di Bologna*, 3 juillet 1907, *Bullettino delle Scienze Mediche*, 1907.

Cette hystérique de 47 ans avait couvert la face dorsale de ses mains et la

face postérieure de ses avant-bras de petites plaies faites avec des ciseaux fins qu'elle cachait dans sa chevelure.

F. DELENI.

**646) Troubles rares dans la Grossesse** (Seltenerer Störungen der Schwangerschaft), par KRUMACHER (Wesel). *Münch. Med. Wochenschr.*, n° 21, p. 1033, 21 mai 1907.

Il s'agit ici d'un cas de *fièvre hystérique*. Femme de 33 ans, primipare au 5<sup>e</sup> mois. Rien dans les antécédents. Au début de la grossesse, elle a des vomissements, des palpitations avec douleur sternale. La malade a un jour, à midi, un évanouissement, pouls rapide, pas de température. Le soir à 9 heures, le thermomètre marque 42,3° C. Elle a alors pendant une 1/2 heure environ du délire. Le lendemain température de 43° C. Et ainsi durant 3 à 4 jours. A noter qu'avant son évanouissement, la malade avait fait une chute en arrière sur la tête. Elle accusait depuis lors des douleurs dans la région frontale.

L'auteur ne trouve cependant pas de raisons suffisantes pour expliquer la fièvre et comme d'autre part, il constate quelques stigmates hystériques, il conclut que l'on a dans son cas affaire à une fièvre hystérique.

Il est bien mal aisé de se faire une opinion sur le cas cité par Krumacher, mais il nous semble nécessaire de faire quelques réserves sur ses conclusions.

CH. LADAME

**647) Sur deux cas de Fièvre Hystérique**, par ISSAILOVITCH-DUSCIAN (Genève). *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 9, p. 490, septembre 1906.

L'auteur, après un exposé historique succinct des cas de soi-disant fièvre hystérique cités dans la littérature médicale, rapporte deux cas personnels.

1<sup>er</sup> cas : femme de 26 ans, hystérique, traitée durant de longues années pour toutes les maladies imaginables. Elle a vu une foule de médecins. En fin de compte on lui découvre la malaria. Là-dessus la malade fait une fièvre de 38,2 à 39° C. contrôlée par l'auteur lui-même pendant 22 jours. Cette fièvre est rebelle à tous les antipyrétiques et même aux plus hautes doses de quinine. Mais voici le miracle : menaces de divorce de la part du mari, la fièvre tombe du jour au lendemain. (C'est là certes un argument qui aurait fort réjoui Molière.)

2<sup>e</sup> cas : paysan de 28 ans, sorte de neurasthénique errant que l'auteur eut fort souvent à sa consultation. Le malade se présente un jour avec une fièvre de 40° C. On pense à une typhoïde, mais l'état général du malade n'est nullement adéquat à sa température ni le régime qu'il enfreint constamment en dérochant la nourriture des voisins. La menace d'un sondage de vessie lui fit brusquement tomber sa haute température !

CH. LADAME

**648) Un cas de Gangrène multiple de la Peau d'origine nerveuse dans ses rapports avec l'Hypnotisme** (Ein Fall multipler neurotischer Hautgangrän in hner Beziehung zur Hypnose), par L. V. SZÖLLÖSY-GREGEDIN (Hongrie).

Szöllösy-Gregedin rapporte le cas suivant : une femme de 20 ans n'a aucun stigmate hystérique. Jusqu'à l'âge de 14-16 ans en bonne santé. Règle alors et dès ce moment inquiète, pleure souvent. Un jour elle se fait une entaille sur le dos de la main, il s'ensuivit une enflure et la formation de petites vésicules indolores verdâtres d'abord puis noirâtres. La vésicule s'ouvrait, laissant un petit ulcère qui ne guérissait qu'après de longs mois. La malade eut bientôt de

ces ulcères partout. La maladie dura un an, puis tout rentra dans l'ordre. Un peu plus tard la malade se brûle au bras gauche; plaie. Quelques jours après, elle fait une grande quantité de petites vésicules dans la région sousclaviculaire gauche avec sensation douloureuse comme dans une brûlure. Ces vésicules laissent après elles de petites cicatrices. On diagnostiqua : nécroses cutanées multiples d'origine nerveuse. On traita la malade par l'hypnotisme. Dans une de ces séances l'auteur suggère à la malade qu'il la brûle avec un fer rouge sur le dos de la main droite. (Il touche la peau de la région avec une pièce de monnaie.) La malade présentait en cet endroit dès le lendemain déjà un foyer de nécrose cutanée. La malade, qui ne se souvient de rien, croit s'être brûlé la main.

C'est là-dessus que se base l'auteur pour établir son diagnostic de nécrose d'origine nerveuse.

Ch. LADAME.

649) **Sur l'absence temporaire des Réflexes patellaires dans l'Hystérie** (Ueber das temporäre Fehlen der patellarreflexe bei der Hysterie), par G. KÖSTER. *Deutsche Arch. f. kl. Med.*, t. XC, p. 225-247, 1907.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, chez laquelle, quatre semaines après une fausse couche suivie de métrorrhagie intense, survinrent divers symptômes que l'auteur croit pouvoir rapporter tous à l'hystérie : astasie-abasie, sensation de boule, le clou, des paraesthésies dans toutes les extrémités, troubles objectifs de la sensibilité, névralgies intercostales, douleur des vertèbres, irritabilité érotique, dislopie monoculaire, des crises de nature soit épileptique, soit hystérique. L'auteur observa chez cette malade la disparition des réflexes patellaires et achilléens pendant 4 semaines. Après ce laps de temps les réflexes ont réapparu et on pouvait constater leur présence jusqu'à la mort de la malade survenue au cours d'une crise épileptique. A l'autopsie on n'a relevé aucune lésion macroscopique cérébrale ou bulbaire, à part un faible degré d'anémie de l'écorce. L'examen microscopique du cerveau ainsi que l'autopsie de la moelle font défaut. L'auteur pense que son cas ne peut pas être rangé dans la catégorie des faits relatés par Nonne qui démontrent la disparition temporaire des réflexes dans l'hystérie. Le cas doit être considéré plutôt comme une association de l'hystérie avec l'épilepsie. Il fait dépendre la disparition temporaire des réflexes d'une hypotonie musculaire provoquée par l'action des toxines métaboliques et semblable à celle qu'on observe dans la myasthénie.

M. M.

## PSYCHIATRIE

### ÉTUDES GÉNÉRALES

#### PSYCHOLOGIE

650) **Principes de Physiologie Cellulaire appliqués à l'étude de la Mémoire** (Die cellularphysiologische Grundlage des Gedächtnisses), par M. VERWORN. *Zeitschr. f. Allg. Physiol.*, t. VI, p. 419-439, 1906.

Étant donné que les éléments nerveux, cellule ganglionnaire et nerf, possèdent les propriétés générales de la matière vivante au même titre que tout autre élément organisé, on doit admettre que le mécanisme de la mémoire doit également avoir pour

base les processus physico-chimiques dont les éléments nerveux sont le siège. C'est cette idée que l'auteur cherche à développer en s'appuyant sur les données de la physiologie générale de la cellule. Il définit la mémoire comme faculté de reproduction des images souvenirs sous l'influence des excitations des sens. Chaque excitation fonctionnelle se traduit par un processus de dissimilation. Il existe un rapport direct entre le développement du protoplasma de la cellule ganglionnaire et le processus dissimilateur lié à son activité fonctionnelle. Ce rapport se retrouve dans les cellules ganglionnaires des diverses régions du système nerveux. C'est ainsi que la faculté de décharge nerveuse est liée à la masse de la cellule. L'intensité avec laquelle la cellule ganglionnaire est capable de produire de l'énergie spécifique est en rapport avec la masse de la substance possédant la faculté de la décharge. Ces faits permettent de comprendre que la répétition fréquente d'une excitation fonctionnelle de la cellule ganglionnaire provoque une augmentation de la masse de son protoplasma au moyen d'un mécanisme auto-régulateur qui augmente son apport alimentaire. Les « traces » que les excitations sensibles laissent dans les éléments nerveux représentent uniquement une augmentation du protoplasma de la cellule ganglionnaire. Celle-ci est non seulement une station centrale où s'arrête une impression, mais elle contribue aussi à la diffusion des impulsions dans différentes directions par l'intermédiaire des nombreuses voies d'associations anciennes ou nouvellement « creusées » par l'excitation. Le mécanisme de la mémoire consiste donc non seulement dans l'augmentation de la réaction spécifique de la cellule ganglionnaire à la suite de l'accroissement de sa masse protoplasmique, mais aussi dans l'aptitude de la cellule ganglionnaire de franchir des obstacles et de creuser de nouvelles voies pour le passage des impulsions. Cette aptitude est en rapport direct avec l'intensité de la décharge de la cellule ganglionnaire. La mémoire est donc la conséquence de l'exercice de l'activité cellulaire.

M. MENDELSSOHN.

### SÉMIOLOGIE

654) **La signification des recherches sur les Associations des Idées au point de vue diagnostic** (Die diagnostische Bedeutung der Assoziationsversuche), par ISSERLIN (Munich). *Münch. Med. Wochenschr.*, n° 27, p. 1322, juillet 1907.

C'est en somme un exposé historique de la question, exposé cependant incomplet, car Isserlin ne cite aucun auteur français.

Isserlin veut avant tout rechercher la valeur pratique de la méthode des associations pour le diagnostic des maladies mentales.

Isserlin consacre la majeure partie de son article à exposer et à discuter les travaux de Jung.

Ce dernier arrive à découvrir, dans la série des associations, le complexe affectif qui est caractérisé par les signes suivants :

- 1° Ralentissement du temps de réaction.
- 2° Apparition des fautes.
- 3° Diminution dans la qualité des associations.

Isserlin estime que l'on va trop loin quand on veut voir dans toute hystérie un traumatisme sexuel comme moment étiologique. Ce que Jung et Freud veu-

lent trouver avec l'aide de la psycho-analyse et de la méthode des associations.

On retrouve bien les processus affectifs notés par Jung, mais ils ne sont nullement l'événement étiologique unique, ils sont bien plus reliés à des complexes de diverses espèces.

Isserlin a repris l'étude de l'association des idées chez les *maniaques-dépressifs*.

Jusqu'ici l'hystérie, la folie maniaque-dépressive, la démence précoce, l'épilepsie et l'idiotie sont les seules psychoses étudiées à ce point de vue, et encore reste-t-il bien à faire pour avoir une étude complète de ces espèces morbides.

Il n'existe absolument rien pour les autres psychoses.

Ces recherches sont très utiles et très à recommander; il ne faut pas oublier toutefois qu'elles n'éclairent qu'un côté de la vie de l'âme.

Isserlin termine son article en consacrant quelques mots à la tentative faite d'appliquer la méthode des associations pour découvrir les criminels.

CH. LADAME.

(652) **Histoire clinique d'un Voleur**, par CESARO LOMBRROSO. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale e Medicina legale*, vol. XXVIII, fasc. 4-5, p. 522, 1907.

Il ne s'agit pas d'un véritable criminel-né, mais d'un criminaloïde à caractère épileptique.

F. DELENI.

(653) **Pathogénie des Hallucinations du moignon chez les Amputés. A propos d'un cas de 27 ans de durée**, par ALFRED GORDON. *New-York medical Journal*, n° 4518, p. 47, 4 janvier 1908.

L'origine périphérique et l'origine centrale de ces hallucinations peuvent se soutenir. Il y a sans doute combinaison des deux.

THOMA.

(654) **Glycosurie et Lévosurie alimentaire dans certaines formes de maladies mentales (Épilepsie, Psychose pellagreuse, Paralysie générale, Démence précoce**, par LUIGI LUGIATO. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXXIII, fasc. 4, p. 820-843, 1907.

Recherche de la glycosurie alimentaire chez 24 aliénés; elle n'a été constatée que deux fois. Par contre, la lévosurie alimentaire a été trouvée dans tous les cas.

L'auteur pose la question de savoir si le lévosurie alimentaire n'est pas plus sensible que celle de la glycosurie ou si la réaction de Seliwanoff n'est pas trompeuse.

F. DELENI.

(655) **Sur un cas de Trophonévrose dermique des extrémités inférieures coïncidant avec une phase psychopathique**, par GOFFREDO SORRENTINO. *Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona*, an IV-V, 1907.

Il s'agit d'un confus chez qui on découvrit une dermatose hémorragico-bulleuse des plantes des deux pieds. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est l'évolution parallèle de la lésion cutanée et des troubles psychiques. La dermato-névrose apparut en même temps que l'épisode mental et elle disparut avec lui.

F. DELENI.

(656) **Nouvelles recherches sur l'Indoxylurie chez les Aliénés**, par G. PARDO (de Crémone). *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXXIII, fasc. 4, p. 844-860, 1907.

Dans l'urine de certains aliénés traversant des périodes graves et prolongées

d'excitation psychique et motrice, l'indoxyle se présente sous la forme de l'indirubine, et non, comme d'ordinaire, d'indigotine.

Cette indirubinurie est la conséquence de troubles digestifs et un indice de la putréfaction intestinale; c'est le signe de l'insuffisance de la protection de l'intestin et du foie contre les agents infectieux.

F. DELENI.

## ÉTUDES SPÉCIALES

### PSYCHOSES ORGANIQUES

657) **Paralyse générale et Syphilis** (Progressive Paralyse u. Syphilis), par Ris (Rheinau-Zurich). *Correspond. f. Schweizer Aerzte*, t. VII, 1907.

Peut-on par l'examen microscopique de l'écorce cérébrale reconnaître la paralyse générale avec certitude et la distinguer des autres maladies mentales? C'est cette question importante que Ris, après l'avoir clairement posée, cherche à résoudre dans l'étude présente.

Il existe bien des cas de psychoses que l'on classe, non sans arrière-pensée du reste, dans le groupe de la paralyse générale. On en voit dans l'âge avancé et souvent aussi dans le jeune âge. Si l'on avait un meilleur critère anatomique, on pourrait mieux définir la paralyse générale et la reconnaître plus facilement du vivant du malade.

L'auteur a étudié son matériel d'après les méthodes classiques. Voici les résultats de ses examens microscopiques :

L'écorce subit les désordres architectoniques plus ou moins importants. Les cellules ganglionnaires sont variablement frappées, on rencontre même les éléments parfaitement normaux au milieu d'éléments tout à fait sclérosés. Les fibrilles nerveuses sont aussi atrophiées, souvent dégénérées.

La névrogie est toujours modifiée, mais à un degré très variable suivant les cas. On note d'abondantes cellules araignées dans la couche moléculaire. Ces éléments sont rares dans les couches profondes qui ont cependant aussi des modifications de la névrogie. On y voit de nombreuses cellules réunies ensemble, par petits tas. On observe la même chose dans le cervelet.

Ris note encore la présence des cellules en bâtonnet, que Missl et Alzheimer voient comme appartenant à la névrogie. Quant à Ris, il fait à ce sujet une réserve sur leur provenance, car il observe ces bâtonnets en rapports constants avec les capillaires et l'adventice des gros vaisseaux.

Les altérations des vaisseaux sont frappantes, elles sautent à l'œil au premier regard jeté sur une préparation.

On constate d'abord une augmentation considérable des vaisseaux, augmentation qui est bien réelle. Alzheimer a, lui-même, décrit des bourgeons cellulaires, car il en a observé.

L'adventice du vaisseau est le siège de modifications profondes, elle est régulièrement infiltrée par les lymphocytes et les cellules plasmatiques. A tel point que le diamètre du vaisseau en est parfois quadruplé. Cette infiltration est le *signum morbi* de la paralyse générale. Ces deux restes d'éléments cellulaires ne sont que les deux extrêmes d'une même série, car on rencontre toutes les formes

de passage. Les cellules plasmatiques se rencontrent plus fréquemment autour des capillaires, les lymphocytes plutôt autour des gros vaisseaux.

Les lobes frontaux et pariétaux sont avant tout frappés, mais les autres parties des hémisphères et le cervelet sont aussi atteints.

Ces données, que l'on retrouve régulièrement, prouvent que l'on a affaire à une cause exogène; quelle autre cause serait-ce si ce n'est la syphilis?

Les recherches conduisent toujours plus à cette conclusion: sans la syphilis pas de paralysie générale. Jamais cependant nous n'atteindrons une certitude absolue sur ce point. Aussi les faits anatomiques nous sont-ils d'un secours considérable.

Ris sait bien que nous sommes loin encore de pouvoir affirmer la spécificité des lésions microscopiques de la syphilis. Mais on peut cependant arriver au but par un autre chemin. Il faut procéder par élimination.

La tuberculose, qui peut produire les mêmes lésions des vaisseaux, a une autre marche. Il en est de même des autres inflammations. Il ne reste donc que la lues.

Pour Ris, enfin, entre la lues cérébrale et la paralysie générale, il y a toute une gamme de cas intermédiaires qui relie l'une à l'autre les deux extrêmes de la chaîne.

Il n'y a pas de différence fondamentale.

La syphilis cérébrale diffuse est justement un des anneaux de la chaîne. Ris cite encore à l'appui de sa manière de voir un cas de paralysie juvénile avec endartérite des carotides.

Ris n'a pas manqué de comparer ses données cérébrales avec les lésions syphilitiques d'autres organes et il est arrivé à retrouver des lésions analogues. La structure différente de ces organes, cependant, impliquait aussi des caractères particuliers à ces lésions, qui n'étaient pas aussi pures que dans le cerveau.

Citons encore les conclusions de Ris:

1° L'écorce cérébrale de la paralysie générale a des lésions histologiques caractéristiques;

2° Il s'agit ici d'une inflammation chronique. La dégénérescence des vaisseaux en est le fait le plus facilement visible et le plus typique pour la maladie;

3° La paralysie générale est une forme de la syphilis cérébrale.

CH. LADAME.

## PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

638) **Trichopathophobie; Peur morbide des Maladies des Cheveux**, par A. D. MEWBOHN (de New-York). *Journal of the American Medical Association*, vol. L, n° 1, p. 19, 4 janvier 1908.

Article accompagné d'observations concernant des jeunes filles nerveuses préoccupées outre mesure de la beauté de leur chevelure et qui présentent des phobies diverses à son sujet; peur de la chute des cheveux, peur du changement de leur couleur, peur de modifications de leur finesse ou de leur brillant, peur d'une croissance excessive de pilosité aux endroits glabres.

THOMA.

639) **Sur la Confabulation et ses rapports avec la localisation spatiale des souvenirs**, par A. PICK (de Prague). *Archives de Psychologie*, juillet-août 1906.

La confabulation qui se développe dans de nombreux cas d'amnésie a pour origine le besoin inconscient qu'éprouve le malade de posséder un cadre d'événements coexistants dans lesquels il puisse situer les représentations évoquées par les suggestions de l'interrogatoire. Chez l'individu normal, une lacune des souvenirs crée un état d'angoisse ; cet individu normal attend que sa lacune de mémoire se comble parce qu'il ne peut rien y faire ; le malade, lui, y fait quelque chose, il confabule ; c'est ainsi qu'il empêche facilement et rapidement le sentiment de malaise d'apparaître ou de devenir intense.

L'auteur rapproche les mensonges des enfants anormaux de la confabulation des amnésiques.

E. FEINDEL.

660) **Genèse d'une Anomalie Sexuelle dans un cas de Kleptomanie** (Genese einer sexuellen Abnormität bei einem Falle von Stehltreibe), par FOERSTERLING (Herzberger, Berlin). *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, t. LXIV, fasc. 6, p. 935, 1908.

Si loin qu'elle remonte dans ses souvenirs, la malade de Foersterling avait du plaisir à voler. « Le vol lui est congénital ».

A 12 ans elle reçoit pour vol une fessée de sa mère ; pendant l'acte elle a pour la première fois une sensation très agréable, un orgasme.

Elle vola ultérieurement, mais non dans le but conscient d'avoir son orgasme.

Elle eut des relations sexuelles normales avec différents hommes. A 15 ans elle reçoit un soufflet pour un vol, sur-le-champ elle a un orgasme.

A 20 ans environ, elle eut un orgasme soudain soit après, soit en saisissant un objet à l'étalage. Ce fait se répéta plusieurs fois.

Alors elle eut un besoin irrésistible de satisfaire son besoin sexuel et elle se précipitait au vol pour éteindre ce désir ardent.

Plus difficile était le vol, plus complète aussi la satisfaction sexuelle.

Quand elle n'avait pas joui après le vol, souvent l'orgasme avait lieu lorsqu'elle était découverte.

Foersterling conclut que l'on a ici affaire à une dégénérée au sens de Magnan.

CH. LADAME.

# SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 9 avril 1908

---

## SOMMAIRE

M. ERNEST DUPRÉ. Programme de discussion.

### QUESTIONNAIRE.

M. RAYMOND. Présentation d'une malade.

*Première question* : MM. RAYMOND, BABINSKI, KLIPPEL, CROCQ, GILBERT-BALLET et DEJERINE.

*Deuxième question* : MM. KLIPPEL, GILBERT-BALLET, BABINSKI, RAYMOND et HENRY MEIGE.

*Troisième question* : MM. KLIPPEL, DEJERINE, RAYMOND, BABINSKI, GILBERT-BALLET, THOMAS, HENRY MEIGE, BRISSAUD, SOUQUES, ROCHON-DUVIGNEAUD, PITRES et DUPRÉ.

*Quatrième question* : MM. KLIPPEL, CROCQ, BABINSKI, SICARD, BRISSAUD, DUPRÉ, DEJERINE, PITRES, HALLION, RAYMOND et SOUQUES.

*Cinquième question* : MM. BABINSKI, RAYMOND, KLIPPEL, GILBERT-BALLET, BRISSAUD, THOMAS, DUPRÉ et DEJERINE.

*Communications relatives à la discussion sur l'hystérie* : M. CESTAN (de Toulouse) et M. VIRET (de Montpellier).

---

## DISCUSSION SUR L'HYSTÉRIE

Étaient présents à cette séance les membres titulaires et honoraires suivants :

MM. ACHARD, BABINSKI, GILBERT-BALLET, BAUER, BRISSAUD, CLAUDE, CROUZON, Mme DEJERINE, M. DEJERINE, DUFOUR, DUPRÉ, ENRIQUEZ, GASNE, GUILLAIN, HALLION, HUET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAMY, LEJONNE, LÉRI, Pierre MARIE, de MASSARY, HENRY MEIGE, RAYMOND, ROCHON-DUVIGNEAUD, ROUSSY, SICARD, SOUQUES, THOMAS.

Assistaient également à la séance :

M. PITRES (de Bordeaux), membre correspondant national.

M. CROCQ (de Bruxelles), membre correspondant étranger.

### Programme de Discussion.

M. ERNEST DUPRÉ. — La Société de Neurologie de Paris, dans sa séance du 5 décembre 1904, sur la proposition de M. Pierre Marie, m'a fait l'honneur de me désigner pour présenter dans un rapport l'état actuel de la question de l'hystérie.

Ce rapport avait pour but de préparer et d'ordonner la discussion de ce

problème et de nous permettre d'arriver à formuler une définition de l'hystérie.

Notre collègue, M. Babinski, avait eu le mérite d'aborder ici le premier cette discussion. Le 7 novembre 1901, il a proposé de l'hystérie une définition que vous connaissez tous, et qui a suscité dans le monde médical un vif mouvement d'intérêt et de critique.

Je crois qu'il ne s'est jamais écoulé autant d'années entre le choix d'une question et l'apparition d'un rapport.

Mais je crois aussi que peu de rapporteurs se sont trouvés en présence de l'exposé d'un problème aussi vaste, aussi complexe, intéressant en somme tout le domaine de la Neurologie et de la Psychiatrie.

L'initiative de M. Babinski a été tellement féconde que, si je me reporte à l'époque où j'aurais dû faire mon rapport, c'est-à-dire à six ans en arrière, j'eusse été complètement incapable de vous présenter sur la question les éléments de critique que nous ont fournis pour la discussion de l'hystérie les travaux de ces dernières années.

En se bornant à passer en revue les seuls documents publiés dans les comptes rendus de notre Société depuis 1901, on constate que les différents points du problème ont été ici même abordés et discutés.

C'est ainsi qu'ont été successivement étudiés les rapports avec l'hystérie des troubles de la nutrition, des sécrétions, de la réflexivité, des réactions oculaires, des affections nerveuses organiques, des phénomènes émotifs, de la simulation et des accidents du travail.

En outre, la question de l'hystérie a été l'objet de rapports, de discussions, et de communications dans les deux plus récents Congrès neuro-psychiatriques, le Congrès français de Genève-Lausanne, et le Congrès international d'Amsterdam (août et septembre 1907).

Il résulte de ce vaste mouvement de critique et de revision un véritable changement dans l'orientation des idées, dans les procédés d'étude et enfin dans le mode de conception de l'hystérie. Tout esprit logique et curieux éprouve actuellement le besoin de se préciser à lui-même, et de chercher à définir ce qu'il conçoit sous le vocable d'*hystérie*.

Ce mot d'hystérie, vous n'attendez pas de moi que j'en expose ici l'histoire étymologique et doctrinale.

Sans aucune prétention historique ou philosophique, nous sommes réunis aujourd'hui uniquement pour faire *œuvre pratique*. Nous devons aboutir à déterminer le sens d'un mot, actuellement source de confusion et d'erreurs, — mésestimateur d'autant plus dangereuse que le terme d'hystérie est d'un emploi courant dans l'exposé et la discussion des problèmes de médecine légale si multiples et si difficiles que soulève la loi des accidents du travail.

Pour arriver à ce résultat, je n'ai pas un instant envisagé la possibilité d'éclairer le problème par un travail personnel, et j'ai pensé que le meilleur moyen était de mettre en commun les efforts de tous les membres de la Société et de faire appel à l'expérience de chacun d'eux.

Dans ce dessein, pour orienter et ordonner le débat, nous avons cru devoir sérier les questions.

Le plan que nous avons adopté peut soulever des objections; mais il fallait un plan. Et ce plan, quels que puissent être ses défauts, aura du moins les avantages d'amorcer et de jalonner la discussion collective qui va s'ouvrir.

Il nous a paru légitime de prendre comme point de départ le caractère dis-

tinctif des troubles hystériques que M. Babinski a proposé en 1901. Mais nous nous sommes systématiquement abstenu de nous prononcer sur la signification et l'importance de ce caractère; c'est précisément ce qu'il s'agit de discuter ici. Et même auparavant, nous vous demandons de commencer par envisager simplement l'existence de certains faits d'observation, sans rien préjuger des états morbides auxquels on peut les rattacher.

Notre plan est conçu sous la forme d'un questionnaire dont vous avez dû prendre connaissance.

Pour éviter les écarts et les longueurs dans un débat déjà si complexe et si touffu, nous vous demandons encore de vouloir bien répondre aux questions successives, en limitant votre argumentation à chacune d'elles.

Bien entendu, les points du problème qui ne figurent pas dans le questionnaire seront discutés ensuite, lorsque sera terminée cette étude préliminaire, mais à notre avis essentielle.

### QUESTIONNAIRE

1° Dans l'ensemble des phénomènes rattachés à l'hystérie, n'existe-t-il pas un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?

En particulier: certaines variétés de *crises convulsives*, de *paralysies*, de *contractures*, d'*anesthésies*, d'*hyperesthésies*, de *troubles des sens*, de *troubles du langage*, etc., ainsi que certains *troubles respiratoires*, *digestifs*, etc.

N. B. — La question de savoir si les troubles de ce groupe peuvent se retrouver dans d'autres états morbides sera discutée au paragraphe 6.

2° Si l'on admet l'existence d'un groupe de troubles caractérisés comme il est dit ci-dessus, n'est-il pas légitime et nécessaire de lui donner un nom? — Et lequel? — Le terme de *pithiatisme* ayant été proposé, convient-il de le conserver?

3° A. — Ce qu'on a appelé *stigmates hystériques* (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngé, zones hystérogènes, etc.), n'est-il pas le résultat d'une suggestion inconsciente le plus souvent d'origine médicale?

B. — Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates, et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue?

4° La suggestion ou la persuasion ont-elles une action:

- a) Sur les *réflexes tendineux*?
- b) Sur les *réflexes cutanés*?
- c) Sur les *réflexes pupillaires*?

d) Sur les *fonctions circulatoires et trophiques* (dermographisme, urticaire, œdèmes, éruptions, hémorragies, ulcères, gangrène)?

e) Sur les *fonctions sécrétoires* (urine, sueur, salive)?

f) Sur la *température* (fièvre)?

5° En admettant que la suggestion ou la persuasion n'aient pas d'action sur les phénomènes désignés ci-dessus, existe-t-il quelque lien entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1, — provisoirement qualifiés de *pithiatiques*?

Ce lien, s'il existe, est-il un lien de causalité, d'interdépendance, d'association, ou de simple coïncidence?

6° N'existe-t-il pas en dehors de ce qu'on a appelé *Hystérie*, des états morbides au cours desquels on observe des troubles qui présentent les caractères indiqués au paragraphe 1, c'est-à-dire qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion?

7° L'*émotion* pouvant jouer un rôle dans la genèse de la plupart des troubles nerveux, quel est le rôle respectif de l'émotion d'une part, de la suggestion d'autre part, dans la pathogénie de ces troubles?

8° Comme conclusion :

Faut-il conserver le mot d'*hystérie*?

Si oui, à quels troubles faut-il l'appliquer?

Faut-il le réserver seulement aux phénomènes désignés au paragraphe 1? — Ou l'appliquer à d'autres phénomènes encore?

---

M. RAYMOND demande la parole pour présenter une malade à la Société.

Je demande à la Société la permission de lui présenter une malade dont le cas me paraît intéressant; il pourra servir de préface à la discussion qui s'ouvre aujourd'hui. Il s'agit d'une *contracture hystérique* indéniable, survenue chez une jeune femme de 21 ans que j'ai présentée aux auditeurs de mon cours, dans la leçon de vendredi dernier; je la place sous vos yeux. La malade a été vue par notre collègue, M. Babinski, qui a bien voulu, sur ma demande, venir l'examiner dans le service.

Cette malade, femme d'un instituteur de province, est la petite-fille d'un grand-père alcoolique et la fille d'une mère ayant fréquemment des crises de nerfs. Dans son passé personnel, il n'y a rien absolument à noter; sa vie s'est écoulée très calme, sans soucis, sans préoccupations, sans histoire quelconque. Elle s'est mariée au mois d'août dernier, avec un homme qu'elle aimait beaucoup. Son mariage a bien été l'occasion de quelques tiraillements avec sa famille; mais, en fin de compte, elle n'eut pas énormément de peine à obtenir le consentement de ses parents. Les jours qui suivirent le mariage, elle partit avec son mari, au bord de la mer, pour passer sa lune de miel et elle y fut parfaite-

ment heureuse. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'étant en villégiature, dans les conditions que je viens d'indiquer, elle a vu, dans ce coin perdu de la Normandie, des infirmes, bossus, tordus, quelques-uns hémiplegiques. Cette vue, d'ailleurs, ne paraît pas l'avoir autrement troublée et son sommeil est resté fort calme. Les classes rouvrant au commencement d'octobre, elle revint dans son pays, avec son mari et elle continua à mener la même vie, exempte de soucis. Au commencement du mois de décembre 1907, sans cause apparente, un matin, elle se réveilla avec une douleur, pas très vive, dans le bras gauche; peut-être avait-elle dormi le bras étendu au-dessus de sa tête, comme cela lui arrivait souvent, mais elle n'en est pas certaine. Quoi qu'il en soit, en se levant, le médius et l'annulaire de la main gauche se courbèrent dans la paume de la main et restèrent en cette situation malgré la volonté de la malade, malgré tous les efforts qu'elle fit pour les relever. Au bout de quelques jours, ce fut le tour de la main qui se mit en flexion forcée sur l'avant-bras; puis, rapidement, l'avant-bras se contractura à son tour sur le bras, de façon que les deux faces antérieures des segments ainsi fléchis arrivèrent presque en contact; bientôt le pourtour de l'épaule s'est immobilisé et le membre, en entier, fut reporté en arrière. Toutes ces contractures furent rapidement portées au maximum, tour à tour, le petit doigt et l'index, qui jusqu'alors étaient restés libres de leurs mouvements, se contracturèrent et s'infléchirent dans la paume de la main. Pendant toute cette évolution, rien de particulier ne survint dans la santé générale.

Un mois plus tard, les premiers jours de janvier 1908, le pied gauche devint douloureux et se plaça en extension forcée; au début, les contractures n'étaient que passagères; bientôt, elles existèrent à l'état permanent. Puis elles gagnèrent progressivement les muscles de la jambe et, au bout de quinze jours, ceux de la cuisse. A cette époque, la malade a été examinée successivement par un médecin du pays et par un consultant venu de Caen. Ces praticiens ont essayé en vain de l'hypnotiser; par contre, ils ont pu faire disparaître les contractures par la chloroformisation, mais l'effet du chloroforme terminé, les raideurs musculaires se reproduisirent de suite. Ce que voyant, la malade demanda à être admise à la Salpêtrière, ce que je me suis empressé de faire.

Le lendemain de son arrivée — 27 mars — nous l'avons trouvée dans la situation suivante : santé générale bonne; appétit conservé; sommeil suffisant, assez réparateur, grâce à 30 grammes de sirop de codéine qu'elle prenait tous les soirs depuis quelque temps et que l'on a continué à lui donner dans le service. Intelligence normale; pas de desirs apparents de se rendre intéressante ou de se faire plaindre. La malade est absolument immobilisée dans son lit par une *hémicontracture gauche*; cette hémicontracture occupe certains muscles de la face, à gauche, tous les muscles du membre supérieur gauche ainsi que tous ceux du membre inférieur du même côté; par contre, les muscles du tronc sont indemnes; la malade peut, à volonté, fléchir ou étendre son buste; elle peut également l'incliner à droite et à gauche ou bien lui faire subir un mouvement de torsion sur elle-même.

Les muscles de la face, légèrement contractés à gauche, sont ceux innervés par le facial inférieur; la lèvre supérieure est un peu relevée; de même la commissure labiale de ce côté; le sillon naso-labial et les autres plis du visage sont également plus accentués. Tous ces phénomènes sont surtout apparents lorsque la malade rit ou ouvre la bouche; on sent très bien la raideur musculaire en introduisant le doigt à la face interne de la joue gauche.

Le membre supérieur gauche est collé contre le tronc, le poignet violemment

fléchi sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras; l'épaule complètement immobilisée est reportée en arrière. La contracture des doigts est si intense que les ongles pénètrent dans la peau de la paume de la main; la malade a eu toutes les peines du monde pour introduire de l'ouate, n'empêchant qu'en partie la déchirure du derme. Cette contracture, on peut le dire, est presque *inviolable*. Le volume des muscles contracturés est normal; de même, leur longueur; par contre, ils ont acquis une telle dureté qu'on les dirait en marbre. Aucun mouvement de détail des diverses parties de ce membre, n'est possible, par suite de la diminution, presque totale, de l'élasticité des muscles, excepté pourtant pour l'extension du bras sur l'avant-bras que l'on arrive à effectuer, mais dans des limites assez restreintes et avec peine. Vu l'énormité de la contracture, on ne peut mettre en évidence un réflexe tendineux quelconque; les réflexes cutanés sont normaux.

Au membre inférieur gauche, la contracture est tout aussi intense au pied qui est en extension forcée sur la jambe et, pour ainsi dire, sur la même ligne que cette dernière; le gros orteil est subluxé. Il en est de même pour les muscles de la jambe. Par contre, les muscles de la cuisse sont un peu moins contracturés, du moins les fléchisseurs et les extenseurs de ce segment sur le bassin, car la malade peut, par moment, effectuer de petits mouvements de flexion et d'extension. Donc la contracture frappe tous les muscles des membres d'une façon égale; elle atteint des associations fonctionnelles et ce sont les groupements musculaires les plus puissants, de par leur volume, leur longueur, etc... qui déterminent des attitudes variées suivant les régions.

L'hémi-contracture gauche, dont je viens de rappeler les principaux caractères cliniques, n'est accompagnée d'aucune espèce de troubles objectifs de la sensibilité. Il n'y a pas, dans les muscles contracturés, de douleurs spontanées; mais si on vient à imprimer à n'importe quel segment du membre un mouvement quelconque, si minime qu'il soit, la malade souffre vivement dans les muscles mis en mouvement et la contracture s'exagère encore davantage.

Ce n'est pas tout: l'hémi-contracture gauche se double d'autres symptômes très importants. En comparant le volume de la main gauche à celui de la main droite, il est facile de voir que, sur le dos de cette main, ainsi que sur la face postérieure des doigts, la peau est assez notablement épaissie; elle est mollassée, plus élastique, comme imbibée; pourtant, en pressant, même très vivement, on ne détermine pas de godets; on dirait une main légèrement succulente pour employer une expression à la mode. De plus, elle est notablement plus rouge que celle du côté opposé; la circulation capillaire semble y être plus active. D'ailleurs, l'activité plus grande des combustions se juge par une élévation notable de température. Le 30 mars 1908, à 10 heures du matin, chez cette femme dont la température vaginale était normale, on notait, sur le dos de la main gauche, 34° centigrades; à la région correspondante de la main droite, 28° centigrades seulement, soit 6° centigrades de différence; entre le médius et l'annulaire gauche, 36°5; entre les mêmes doigts correspondants, à droite, 32° centigrades, soit 4°5 centigrades de moins; au pli du coude, la différence entre les deux côtés était de 3°5 centigrades, en faveur du côté gauche; au creux axillaire, il y avait 2°5 en plus de ce côté; à la face, on trouvait 36° à gauche, 34°8 à droite; au tronc, sous les seins, 36°8 à gauche, 33° à droite; sur le ventre 35°5 à gauche, 33° à droite; au pli de l'aîne, 37° à gauche, 35°5 à droite; au creux poplité 33°8 à gauche, 33°7 à droite; entre le gros orteil et le deuxième orteil, à gauche 33°7, à droite 32°9. Donc, d'une façon générale, la plus

grande différence de température existe au niveau de l'extrémité du membre supérieur, face dorsale de la main, au niveau de la face, ainsi qu'à la racine de l'extrémité inférieure; au contraire, sur le tronc et les régions distales du membre inférieur, il y a peu de différence dans les températures relevées. Il importe encore de faire remarquer que le cœur bat constamment à 120 pulsations, malgré une température centrale normale; donc *tachycardie* constante; en outre, le pouls est bien mieux frappé à gauche qu'à droite.

Je crois devoir noter encore deux autres faits intéressants. La malade subit cet état de contracture depuis quatre mois et elle n'en éprouve *aucune espèce de fatigue*. Je reconnais, tout le premier, qu'un professionnel du clownisme, s'entraînant à cet exercice très spécial, pourra simuler, plus ou moins longtemps, cette hémicontracture; encore, je ne suis pas bien sûr qu'il arrive à isoler les muscles de la face pris chez cette femme et à se sublaxer le gros orteil à l'état permanent; dans tous les cas, je mets au défi qui que ce soit de tenir une semblable attitude quatre mois de suite, sans *aucune espèce de fatigue*; il ne la garderait certainement pas quatre jours! Il y a plus: pendant le sommeil naturel, la contracture se détend un peu, mais pas beaucoup, on s'en est assuré à diverses reprises. Voilà encore quelque chose que le simulateur ne pourrait pas faire; il est bien évident que pendant qu'il dormirait, pendant que sa volonté serait absente, il ne maintiendrait pas la raideur de ses muscles. D'ailleurs certains troubles moteurs, dans les cas de chorée grave, par exemple persistent pendant le sommeil; quelques-uns même ne se développent que pendant cette période, témoins les myocloniques rythmiques qu'a décrites Cruchet sous le nom de rythmies essentielles du cou dans le sommeil. Dans quelques cas d'ailleurs le torticolis rythmique apparaissant par crises dans le jour persiste pendant le sommeil (cas de Bell, Abercrombie, Paget).

Nous savons tous que la durée de la contracture hystérique est comprise dans des limites très étendues, de quelques heures à des dizaines d'années. Le mécanisme de la guérison, comme celui de sa production, est très variable. Dejerine, par l'isolement, l'a vue disparaître, au bout de quinze jours, chez une femme ayant une contracture hystérique du membre inférieur droit datant de quatorze mois. Par le même procédé, il a pu guérir un grand nombre d'autres cas; nous, de même, dans le service, en suivant sa méthode. On arrive au même résultat, par la suggestion simple, par la suggestion armée, par l'hypnotisme, par la piscine de Lourdes et c'est un de ses triomphes!

Je voudrais maintenant mettre en valeur une des manifestations très intéressantes existant chez ma malade: je veux parler des troubles vaso-moteurs avec épaissement léger de la peau du dos de la main gauche et de la face postérieure des doigts de la même main, troubles vaso-moteurs accompagnés d'une élévation notable de la température locale, puisqu'en certains points de la surface cutanée, il y a 6° centigrades de différence entre les surfaces homologues des côtés correspondants; voire même qu'à la face, là où on ne peut incriminer la raideur musculaire très légère, il y a 2°5 de température de plus du côté gauche. Sur le dos du pied gauche, tout aussi contracturé que la main, la différence de température est par contre bien moins considérable entre les deux côtés.

Tout d'abord, il importe de souligner que, dans le cas actuel, le diagnostic de *contracture hystérique* est indiscutable; je n'ai pas besoin, je pense, de m'appesantir sur ce côté de la question. S'il en est bien ainsi, il me paraît également de toute évidence, que les troubles vaso-moteurs qui l'accompagnent ainsi que les élévations de la température sont également de nature hystérique

ou du moins se relie très directement à l'hystérie, peu importe le mécanisme à invoquer pour les expliquer. A cet égard, je ferai remarquer que Charcot, dans ses belles leçons sur l'œdème hystérique, avait signalé les modifications de la température locale l'accompagnant parfois. Ces modifications de température constituent, lorsqu'elles existent, pour le diagnostic de la nature de ces gonflements, un signe objectif précieux, de même que leur limitation exacte à une partie de la surface d'une région et rien qu'à celle-là ; en outre, leur mollesse élastique ne permet pas de déterminer de godets par la pression digitale ; enfin, par l'incision il ne s'écoule pas la moindre goutte de liquide. Il en était ainsi chez le cuisinier dont j'ai raconté l'histoire, car conduit, à cause de l'élévation de température qui accompagnait l'œdème du dos de la main, dans un service de chirurgie, on le lui incisa largement, de plusieurs coups de bistouri, croyant être en face d'un phlegmon et il ne sortit rien. Il est vrai que l'opération se fit sans douleur, à cause de l'hémi-anesthésie du côté correspondant. On voit donc, sans que j'aie besoin d'insister, en quoi ce qu'on a appelé l'œdème hystérique diffère de l'œdème simulé.

Si les troubles vaso-moteurs peuvent être provoqués par l'hystérie, du côté de la peau, il n'y a pas de raison pour ne pas admettre, de même, en vertu du trouble du dynamisme nerveux qui caractérise la névrose, qu'ils ne puissent apparaître, dans d'autres régions, par exemple dans les muqueuses des viscères ailleurs et que, parfois, il ne puisse aller jusqu'à l'hémorragie.

S'agit-il, dans ces cas, d'une névrose associée à l'hystérie, la *névrose vaso-motrice*, par exemple peut-être ? Dans tous les cas, si cette névrose disparaît chez ma malade, en même temps que les contractures, par le traitement rationnel, c'est donc qu'il existe un rapport entre les deux. Ce rapport, quel est-il ? Voilà ce qu'il faudrait établir. D'ailleurs, on sait que dans toutes les hémiplegies motrices organiques, on constate, avec le thermomètre, une hyperthermie du côté de la paralysie, cela, non seulement pour les membres, mais aussi pour la moitié correspondante de la tête (conduit auditif, joue). Il en est ainsi presque aussitôt après l'ictus et durant toute la période de flaccidité. Plus tard, la température des deux côtés tend à s'égaliser et souvent le côté paralysé devient plus froid que le côté sain. De même l'œdème précocement du dos de la main paralysée, chez l'organique, est relativement fréquent. L'hystérie peut-elle, comme la maladie organique, porter son action sur les mêmes centres vaso-moteurs et thermiques, corticaux ou sous-corticaux, voilà ce que je me demande ? Quoi qu'il en soit, l'observation de ma malade m'a paru intéressante à faire connaître à propos de la discussion qui s'ouvre et qui nous dira si l'hystérie doit être démembrée ou rester « une et indivisible », pour me servir du langage imagé de notre collègue M. Brissaud.

M. KLIPPEL. — La Société remercie M. Raymond de son intéressante présentation. Nous allons aborder maintenant la discussion, en posant successivement les différentes questions qui ont été soumises aux membres de la Société.

**Première question.**

1° Dans l'ensemble des phénomènes rattachés à l'hystérie, n'existe-t-il pas un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion ?

En particulier : certaines variétés de crises convulsives, de paralysies, de contractures, d'anesthésies, d'hyperesthésies, de troubles du langage, etc., ainsi que certains troubles respiratoires, digestifs, etc.

La question de savoir si les troubles de ce groupe peuvent se retrouver dans d'autres états morbides sera discutée au paragraphe 6.

M. RAYMOND. — On peut se poser la première question à propos de la malade que je viens de présenter. Est-il possible de reproduire et de faire disparaître par la suggestion les troubles observés chez cette malade, la contracture, l'œdème, l'élévation de la température ?

M. BABINSKI. — Étant donné le programme proposé, il n'y a pas lieu d'envisager simultanément tous les troubles présentés par la malade de M. Raymond. Les uns, en effet, se rattachent à la première question qui nous a été posée, les autres à des questions qui seront posées ensuite.

M. RAYMOND. — On peut aborder la discussion en examinant l'ensemble des phénomènes hystériques présentés par ma malade, sans s'attacher à l'un plus qu'à l'autre.

M. BABINSKI. — Cette façon de procéder pourrait produire de la confusion. Il est essentiel, à mon avis, d'examiner, les uns après les autres, les différents phénomènes qualifiés d'hystériques.

M. KLIPPEL. — Le questionnaire a pour but d'ordonner la discussion, et il faut s'efforcer de s'y conformer dans un esprit de méthode. M. Raymond peut être certain que toutes les questions, qu'il désire voir discuter, le seront, les unes après les autres.

Dans la première question, on demande simplement de dire si l'on admet l'existence d'un groupe spécial de troubles qui puissent être exactement reproduits par la suggestion et qui puissent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion ?

M. CROCQ (de Bruxelles). — L'hypersuggestibilité constituant la caractéristique, sinon unique, du moins la plus importante, de l'état hystérique, il est incontestable qu'il existe, dans cette névrose, « un groupe spécial de troubles qui peuvent être exactement reproduits par la suggestion et qui peuvent disparaître sous l'influence de la seule suggestion ou persuasion. » Il est bien entendu que

le mot *suggestion* est employé dans son sens le plus large, depuis l'auto-suggestion indirecte et inconsciente jusqu'à la suggestion directe et voulue.

Il n'est pas douteux que des crises convulsives, des paralysies, des contractions, des anesthésies, et en général toutes les manifestations hystériques ont *fréquemment* pour origine la suggestion et l'auto-suggestion. C'est là un point sur lequel, je pense, tout le monde est d'accord.

M. KLIPPEL. — D'autres membres de la Société répondent-ils par l'affirmative à la première question ?

M. GILBERT-BALLET. — Il est bien entendu que nous n'avons pas à émettre ici un vote sur une question scientifique, mais que nous nous proposons simplement de faire connaître notre opinion.

La majorité d'entre nous semble d'accord pour répondre affirmativement à la première question. Mais il se pourrait que quelqu'un exprimât une opinion inverse.

M. RAYMOND. — Du moment où il ne s'agit que de *certaines* variétés de troubles, et non de *tous* ceux du même ordre que je considère comme étant, eux aussi, de nature hystérique, — ainsi les accidents relevés chez la malade que je viens de présenter, — j'adhère à la première question.

M. KLIPPEL. — Personne ne demande la parole pour exprimer une opinion contraire. Les membres de la Société ici présents sont donc d'accord pour répondre affirmativement à la première question.

M. BABINSKI. — Avant d'aller plus loin, je demande à faire quelques remarques à propos de la malade présentée par M. Raymond, en me limitant strictement à l'examen d'un des troubles se rapportant à la première question, je veux parler de la contracture.

M. Raymond m'avait entretenu de cette malade lors de notre dernière séance et m'avait obligeamment invité à l'examiner. M. Raymond m'ayant dit que la contracture persistait pendant le sommeil naturel, ce point me parut important à élucider. Je lui avais demandé alors de me faire savoir exactement comment il avait procédé pour s'assurer de la réalité de ce phénomène. Il m'avait répondu que l'observation n'avait pas été faite par lui-même; son interne, M. Français, avec qui je me suis mis en rapport, m'a fait savoir que l'on tenait ces renseignements d'une infirmière. Or, voici ce que nous a rapporté la surveillante du service de M. Raymond à qui nous avons demandé, M. Français et moi, de nous faire connaître d'une façon précise ce qui avait été constaté pendant le sommeil. La veilleuse de garde, nous a-t-elle dit, a regardé la malade pendant qu'elle dormait; elle a constaté qu'elle avait le bras presque complètement allongé le long du corps, la main entr'ouverte; elle avait pu mettre sa main dans le creux de la main de la malade, mais aussitôt celle-ci s'était réveillée et avait immédiatement serré les doigts.

Si l'on était en droit de tirer une conclusion d'une pareille relation, elle devrait conduire à admettre que la contracture de cette malade, — loin de subsister, — disparaît pendant le sommeil.

M. RAYMOND. — Je suis fort surpris de la discordance qui existe entre les renseignements qui m'ont été fournis à propos de cette malade et ceux qui ont été donnés à M. Babinski. Ou les miens sont faux ou les siens sont faux. C'est une question que je me réserve d'éclaircir et je convie M. Babinski à l'éclaircir avec moi.

M. BABINSKI. — Très volontiers.

M. DEJERINE. — La malade que j'ai présentée à une des dernières séances de la Société, et qui était atteinte de contracture des membres inférieurs, datant de plusieurs années, n'a jamais pu être observée pendant le sommeil. En effet, malgré tous les hypnotiques que nous lui avons donnés, nous n'avons jamais pu provoquer chez elle un véritable sommeil, ni par conséquent nous rendre compte si sa contracture persistait dans cet état. Je dois ajouter que depuis quelque temps sa contracture a presque entièrement disparu. Ce cas ne peut donc apporter un renseignement valable sur l'état de la contracture hystérique pendant le sommeil.

M. BABINSKI. — Je note donc que personne ne nous fournit de faits prouvant que la contracture hystérique subsiste pendant le sommeil naturel profond.

### Deuxième question.

M. KLIPPEL. — Voici la deuxième question :

*Si l'on admet l'existence d'un groupe de troubles caractérisés comme il est dit ci-dessus, n'est-il pas légitime et nécessaire de lui donner un nom? Et lequel? Le terme de pithiatisme ayant été proposé, convient-il de le conserver?*

M. GILBERT-BALLET. — Ne serait-il pas préférable de remettre la discussion de cette question à la suite des autres, puisqu'il ne s'agit, en somme, que d'une question de terminologie?

M. BABINSKI. — Il est cependant nécessaire, si nous voulons nous entendre, que nous puissions désigner par un mot les phénomènes dont nous allons parler.

M. HENRY MEIGE. — On peut éviter toute confusion en disant qu'il s'agit des phénomènes présentant les caractères indiqués au paragraphe 4. C'est ainsi, pour ne rien préjuger du nom qu'on leur donnera, qu'ils ont été désignés dans le questionnaire.

M. KLIPPEL. — En acceptant cette désignation provisoire, la discussion de la deuxième question est renvoyée à la suite des autres.

M. RAYMOND. — Je réserve la deuxième question, comme les autres membres de la Société, pour la fin de la discussion.

## Troisième question.

M. KLIPPEL. — Voici la troisième question :

a) *Ce qu'on a appelé stigmates hystériques (hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, dyschromatopsie, abolition du réflexe pharyngé, zones hystérogènes, etc.), n'est-il pas le résultat d'une suggestion inconsciente, le plus souvent d'origine médicale ?*

b) *Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates, et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue ?*

M. DEJERINE. — Qu'il y ait des cas, en plus ou moins grand nombre, dans lesquels l'hémianesthésie hystérique soit le fait d'une suggestion médicale inconsciente, cela ne me paraît pas douteux ; mais il en est d'autres où je ne crois pas que cette interprétation doive être admise. Je fais allusion aux sujets n'ayant jamais encore été examinés par des médecins, et chez lesquels, en pratiquant l'examen de la sensibilité avec toutes les précautions usitées pour se mettre à l'abri de toute influence suggestive possible, on trouve une hémianesthésie sensitivo-sensorielle très nette. J'ai observé un certain nombre de ces faits.

M. RAYMOND. — J'ai vu des hémianesthésies et des anesthésies partielles qui m'ont paru indépendantes de toute suggestion médicale ou autre. J'ignore si c'est par auto-suggestion ou par un autre mécanisme.

M. BABINSKI. — Pour la recherche des troubles de la sensibilité comme pour celle du rétrécissement du champ visuel, on ne saurait trop se mettre en garde contre les causes d'erreur. Et dans cette question il est indispensable de bien préciser les procédés de recherche que l'on emploie.

Autrefois, quand je recherchais l'hémianesthésie suivant les procédés dont on faisait généralement usage, je la trouvais très fréquemment ; puis, petit à petit, en perfectionnant ma méthode d'examen, en me mettant de plus en plus à l'abri de la suggestion, le nombre des cas de ce genre s'est progressivement réduit et, dans ma statistique de ces quelques dernières années, sur 100 sujets environ présentant chacun au moins un des troubles désignés au paragraphe 1, je ne trouve plus un seul exemple d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Or, il serait évidemment absurde de supposer que la nature de cette catégorie de malades a changé, et la vérité qui s'est imposée à mon esprit à la suite de ces observations successives, c'est que, comme l'avait déjà dit d'ailleurs M. Bernheim, le rôle de la suggestion dans la genèse de cette hémianesthésie est prépondérant, sinon exclusif. Je dois ajouter que dans cette statistique, je ne range que des individus qui, avant de me consulter, n'avaient jamais été examinés au point de vue neurologique ou oculaire, et je croirais volontiers que j'ai dû être favorisé par le sort, ne serait-ce que parce que j'aurais pu être induit en erreur par quelques simulateurs ou quelques mythomanes.

Que faut-il faire pour obtenir des résultats semblables ou analogues aux

miens? Se rappeler que de tous les troubles dits hystériques, l'anesthésie est peut-être celui que le médecin ou l'entourage du malade crée le plus aisément, et multiplier les précautions pour éviter la suggestion. Il est fondamental, par exemple, d'explorer la sensibilité dès la première visite du malade et ne pas attendre au lendemain pour le faire, surtout s'il doit être admis dans une salle où se trouvent déjà d'autres hystériques qui peuvent le suggestionner par leur conversation. Il faut se garder de poser des questions de ce genre : « Sentez-vous bien ? » ou encore « Sentez-vous aussi bien d'un côté que de l'autre ? ». Ce mode d'interrogation est détestable, car il suffit pour faire naître dans l'esprit du sujet l'idée d'anesthésie.

Voici comment je procède : je fais fermer les yeux du malade que j'examine, puis je commence par le prier de poser l'extrémité de son index, gauche ou droit, sur l'endroit où je l'aurai touché, et souvent, pour exciter son attention ainsi que son amour-propre, je dis aux élèves qui sont auprès de moi, de manière à être entendu par lui, qu'à en juger par sa mine, il doit être intelligent et qu'il me renseignera vraisemblablement d'une manière précise; je touche alors très superficiellement diverses parties du corps, puis je pince la peau, je la pique, j'exerce des pressions avec le doigt, je croise les doigts les uns sur les autres, je les écarte, je fléchis et j'étends les divers segments des membres, je fais palper des objets divers, ronds, carrés, allongés, etc., j'applique sur les téguments des corps chauds et des corps froids, tout cela tantôt à gauche, tantôt à droite, et si le sujet ne me dit pas spontanément ce qu'il sent, je me contente de lui demander ceci : « Que sentez-vous maintenant ? » ou bien « Qu'est-ce que je vous fais ? ». — En ce qui concerne l'examen du champ visuel, il faut user de précautions analogues et ne pas oublier que les gens normaux, ni plus ni moins que les hystériques, ne comprennent pas toujours bien ce qu'on leur demande, et que parfois quand on les examine au périmètre, ils déclarent ne voir l'index en papier qu'au moment où ils le perçoivent d'une manière très nette; il en résulte un rétrécissement apparent, parfois très prononcé, du champ visuel, qui disparaît immédiatement à la suite de quelques explications.

Je le répète, en opérant ainsi, en écartant les causes de suggestion ou d'erreur d'interprétation, je ne trouve plus jamais, chez les malades que nous avons en vue, d'hémi-anesthésie ni de rétrécissement du champ visuel. La recherche de la dyschromatopsie dite hystérique et de la polyopie monoculaire m'a conduit aussi à un résultat négatif.

M. GILBERT BALLEZ. — Pour moi, je crois que dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas, ces anesthésies sont d'origine médicale.

J'ai vu une jeune fille, ayant toujours vécu dans une campagne reculée et n'ayant jamais subi d'examen médical, qui présentait une hémi-anesthésie complète et typique. Mais je ne puis pas affirmer, bien que je le croie, à dix ans de distance, que je n'aie été pour rien dans la production de cette hémi-anesthésie.

Un fait qui mérite de retenir l'attention, c'est que les hémi-anesthésies sont plus fréquentes que les anesthésies d'autre forme, celle des deux membres supérieurs par exemple. Il y aurait lieu de rechercher les raisons de cette fréquence qui pourrait bien être une condition physio-pathologique spéciale, ajoutant son action à l'action suggestive.

M. THOMAS. — A mon avis, les troubles de la sensibilité chez les hystériques se

présentent plus souvent sous la forme hémianesthésique que sous la forme paraplégique, parce que, le plus souvent, au cours de ses examens, le médecin compare entre eux le côté droit et le côté gauche, et qu'il est beaucoup plus rare qu'il compare les membres supérieurs et les membres inférieurs.

M. HENRY MEIGE. — La façon dont on procédait pour rechercher l'hémianesthésie expliquerait aussi pourquoi on a signalé sa prédominance du côté gauche (dans les deux tiers des cas environ). L'observateur, tenant une épingle de la main droite, commençait tout naturellement par piquer le côté gauche du malade placé en face de lui : par là même, il attirait d'abord l'attention sur ce côté.

M. BRISSAUD. — Des statistiques récentes ont montré que l'hémianesthésie ne prédomine pas à gauche.

Quant à son origine, je suis de l'avis de MM. Babinski, Dejerine et Ballet : dans l'immense majorité des cas, l'hémianesthésie est d'origine suggestive, et c'est le médecin qui l'a créée.

Je puis citer l'histoire toute récente d'un accidenté du travail, chez lequel, à la suite de l'accident, on n'avait pas constaté d'hémianesthésie, mais qui, plus tard, après un examen médical, à l'occasion d'une expertise, présenta de l'hémianesthésie. Ici, l'origine médicale de cette hémianesthésie n'est pas douteuse. Le docteur Dupinet, médecin du dispensaire de la Confédération générale du travail, qui présentait le malade, avait assisté lui-même à l'apparition de cette hémianesthésie.

On voit l'importance de pareils faits au point de vue médico-légal.

Quant à la fréquence de cette répartition dimidiée de l'anesthésie, je l'explique de la façon suivante. Si ignorants que soient les malades, ils ont tous vu des hémiplegiques, ou en ont entendu parler, et c'est une croyance presque universelle que la perte de la sensibilité doit accompagner la perte du mouvement. L'entourage des hémiplegiques est toujours surpris de voir que le malade continue à *sentir* du côté paralysé. C'est ainsi que, par auto-suggestion, se produit et se localise l'hémianesthésie.

C'est pour une raison analogue qu'on voit les anesthésies se localiser dans les régions traumatismées.

Au sujet de la *dyschromatopsie*, je puis affirmer qu'on ne l'observe plus depuis qu'on la recherche avec cet excellent instrument qu'est le diploscope, parce qu'il rend toute supercherie impossible. Désormais la preuve est faite : on ne la constate jamais.

Je puis dire également que je ne vois presque jamais le *rétrécissement du champ visuel*, depuis que j'emploie pour le rechercher un procédé qui, s'il diffère de celui de M. Babinski, me paraît également mettre à l'abri des causes d'erreurs. Au lieu de commencer par demander au malade s'il voit l'objet placé directement devant lui, je place les deux pouces derrière sa tête et je le ramène progressivement vers la ligne médiane, en lui demandant de me dire à partir de quel moment il cessera de le voir, et je constate qu'il les voit toujours dans les positions les plus extrêmes. Bien plus, à quelques-uns il arrive de ne plus les voir dans l'axe de la macula.

M. SOUQUES. — Je pense que les « stigmates hystériques », particulièrement

l'hémianesthésie, sont le résultat d'une suggestion inconsciente, le plus souvent d'origine médicale. Depuis que je les recherche, en prenant les précautions aujourd'hui requises, chez des hystériques indemnes d'examen médical, je ne les trouve plus. Il m'est arrivé plusieurs fois, lorsque j'étais interne de Charcot, d'explorer la sensibilité chez des malades qui venaient consulter pour des crises de nerfs nettement hystériques, et de la trouver intacte. Ces malades rentraient-ils dans le service, on ne tardait pas à constater de l'hémianesthésie. J'ai très précis le souvenir d'une jeune fille de 16 ans, venant de la campagne consulter au sujet de vulgaires crises de nerfs. L'examen fait à la consultation ne décelait ni rétrécissement du champ visuel ni anesthésie. Elle fut admise à l'hôpital, et peu de temps après elle présentait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle typique avec rétrécissement bilatéral et concentrique du champ visuel. Dans l'intervalle avaient eu lieu plusieurs examens avec recherche des stigmates. Bref, il ne me paraît pas douteux que les « stigmates hystériques » soient dus à une suggestion le plus souvent d'origine médicale.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD. — Hors les cas d'amblyopie hystérique avec diminution de l'acuité centrale, il ne me semble pas que l'on trouve — du moins dans la clientèle ophtalmologique — les rétrécissements du champ visuel et les dyschromatopsies que l'on admettait autrefois chez les hystériques. Il faut à ce sujet prendre garde, comme le dit M. Babinski, que les malades, souvent mal renseignés sur ce qu'on leur demande, n'accusent la perception de l'index périmétrique que lorsqu'il arrive au centre du champ visuel. Il est évident que si l'on se contente d'un pareil examen, on rencontrera à chaque instant des rétrécissements qui n'existent pas. De même pour la dyschromatopsie. Les champs visuels des diverses couleurs ne présentent de fixe que leur extension relative. Mais tous les sujets ne voient pas le vert ou le rouge exactement dans la même étendue. Puis, il y a la question de la diversité des couleurs employées. Toutes les explorations ne sont pas faites avec le même rouge, le même vert, ce qui explique encore de notables différences. Enfin, et toujours, il y a les difficultés qu'éprouve un sujet, même attentif et intelligent, à déterminer le degré périmétrique exact où telle couleur lui apparaît nettement en tant que couleur précise. Que l'on fasse explorer son propre champ visuel avec des index colorés et cette difficulté apparaîtra nettement à chacun. N'ayant jamais pu attribuer d'importance réelle au soi-disant rétrécissement du champ visuel dans l'hystérie, j'ai fait, je dois le dire, peu de recherches à ce sujet. Mais toutes les fois que sur la demande de confrères j'ai examiné des champs visuels d'hystériques, j'ai trouvé tout au plus des rétrécissements *de fatigue* : j'entends par là que pour le premier méridien exploré, l'étendue était normale et allait ensuite se rétrécissant à mesure que l'examen se prolongeait, de sorte qu'en définitive, le dessin *campimétrique* de ces champs visuels représentait souvent une spirale rétrécissant ses tours du premier au dernier méridien examiné.

M. BABINSKI. — L'entente semble donc complète entre tous nos collègues au sujet du rétrécissement du champ visuel. On ne le trouve jamais quand on fait l'examen avec soin.

Et, pour ce qui est de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, nous sommes également d'accord pour reconnaître qu'au moins, dans l'immense majorité des cas, elle est le résultat d'une suggestion d'origine médicale.

M. RAYMOND. — Il faut convenir cependant que la facilité avec laquelle apparaît l'hémi-anesthésie est quelque chose de bien spécial. J'ai d'ailleurs, comme MM. Déjerine et Pitres, observé des cas d'hémi-anesthésie hystérique qui ne m'ont pas paru être le résultat d'un examen médical ou autre.

M. PITRES. — Je n'ai pas d'opinion sur le rétrécissement du champ visuel. Quant aux troubles de la sensibilité, je ne puis pas me faire à cette idée qu'ils sont habituellement d'origine médicale, et cela me paraît surtout vrai pour les formes segmentaires des anesthésies hystériques.

M. BABINSKI. — Je demanderai à M. Pitres comment il procède pour explorer la sensibilité. Il est probable que la différence dans les résultats tient à une différence de méthode d'examen.

M. PITRES. — Voici : Je prie le malade de fermer les yeux, et sans le prévenir, je le pique avec une épingle, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et je lui demande : « Sentez-vous ? »

M. BABINSKI. — Je me permettrai de faire remarquer à M. Pitres qu'en procédant ainsi il est exposé à être induit en erreur.

D'une part, le sujet en observation peut ne pas bien comprendre la question qui lui est posée, s'imaginer qu'on lui demande s'il éprouve une sensation de douleur et répondre par la négative, car bien souvent la piqure ne provoque aucune souffrance. D'autre part, cette question : « Sentez-vous ? » implique déjà l'idée que le sujet pourrait ne pas sentir et peut être l'origine d'une suggestion.

M. ERNEST DUPRÉ. — La plupart d'entre nous admettent que ce qu'on a appelé stigmates hystériques est le plus souvent le résultat d'une suggestion d'origine médicale.

Mais la question comporte une contre-partie à laquelle il est nécessaire de répondre. Je la relis :

« Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates, et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue ? »

M. DEJERINE. — Je crois qu'il y a des cas où l'anesthésie n'a pas été suggérée.

M. BABINSKI. — Je suis d'avis que cette question n'est pas soluble. On ne peut jamais affirmer qu'un malade n'a pas été suggestionné.

M. DUPRÉ. — Ces troubles de la sensibilité sont souvent simulés par des malades, soit par intérêt, soit pour se rendre *intéressants*, soit pour mystifier l'entourage.

Ils résultent alors d'une auto-suggestion indirecte, qui pousse le sujet examiné à simuler l'anesthésie volontairement, à tromper le médecin, à l'intriguer,

en créant de nouveaux symptômes. Cette tendance constitutionnelle au mensonge, à la simulation et à la fabulation, que j'ai appelée la *Mythomanie*, est mise en jeu, chez de tels sujets, soit par la *vanité*, le désir de paraître, d'exciter la curiosité, l'intérêt, etc.; soit par la *malignité*, le désir de nuire, d'égarer, de mystifier; soit par la *cupidité*, le désir de profiter d'une manière ou d'une autre de l'invention mensongère; ces différentes perversions instinctives sont fréquemment associées dans le déterminisme des accidents dits hystériques.

M. BRISSAUD. — Mais, quelqu'un ici peut-il affirmer qu'on puisse reconnaître ce qui est simulation *consciente* ou simulation *inconsciente*? La question a une grande importance au point de vue théorique comme au point de vue pratique. Et il est nécessaire d'y répondre, — fût-ce en disant qu'il est impossible d'y répondre.

M. BABINSKI. — Pour moi, il n'existe aucun critérium permettant de distinguer les phénomènes suggérés des phénomènes simulés. Ce ne sont que des considérations d'ordre moral qui peuvent porter le médecin à écarter l'hypothèse de simulation.

M. THOMAS. — En présence des phénomènes dits hystériques, il est difficile d'affirmer s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu une suggestion antérieure, il est impossible d'affirmer qu'elle n'a pas existé. J'ai observé récemment une fillette âgée de 13 ans, présentant une parésie légère du bras gauche, une zone hystéro-gène au niveau du sein gauche, quelques troubles intermittents de la marche. Dès que la malade fut isolée en dehors de sa famille, la parésie du bras disparut, mais un jour en appuyant le doigt sur le bras gauche, j'ai provoqué instantanément une crise de sommeil; le même phénomène s'était produit la première fois que j'avais vu la malade chez elle et dans les mêmes conditions, c'est-à-dire en appuyant sur la même zone hystéro-gène. Cette fois, je partis sans y faire plus d'attention, mais en recommandant à la garde de ne pas fermer complètement la porte de la chambre et de surveiller la malade par l'entrebâillement. Au bout de quelques instants, elle ouvrit les yeux pour les refermer dès que la porte fut ouverte plus largement. Ce petit jeu se renouvela plusieurs fois pendant 25 minutes. Après ce délai la malade resta complètement éveillée.

Le lendemain, je l'avertis qu'elle ne reverrait pas sa famille tant qu'elle aurait des accès de sommeil semblables et que, pour commencer, elle en serait séparée pendant six semaines. Depuis, la malade n'a eu aucun accès de sommeil et après quelques injonctions, la zone hystéro-gène a complètement disparu, la malade est devenue raisonnable.

Je ne veux pas discuter ici la part de la simulation, mais je me suis demandé pourquoi cette malade avait fait du sommeil plutôt que tout autre accident. J'ai interrogé la famille pour savoir si l'enfant n'avait pas vu des sujets en état de sommeil provoqué, si elle n'en avait pas entendu parler? A force de recherches, les parents se sont rappelé que, trois ou quatre ans auparavant, la fillette avait assisté, à la campagne, à une séance d'hypnotisme et de suggestion. Je n'affirme pas que ce souvenir antérieur ait agi comme une suggestion, ou qu'aucun autre ne soit intervenu; mais il est possible qu'il ait eu une influence immédiate. Les parents auraient très bien pu ne pas s'en souvenir, et après avoir prolongé mon enquête, je l'aurais abandonnée sans être arrivé à un résultat. Le fait prouve que

je n'aurais pas été en droit de conclure que les accidents présentés par la malade n'étaient nullement motivés par une suggestion. C'est pourquoi il me semble impossible de répondre actuellement d'une façon catégorique à la question ainsi posée : Y a-t-il lieu d'admettre que, parfois, la suggestion ne joue aucun rôle dans la genèse de ces stigmates hystériques et qu'ils peuvent se développer spontanément sous une influence encore inconnue? — Mais il est légitime d'affirmer que la suggestion intervient plus souvent qu'on ne serait tenté de l'admettre à un examen superficiel, dans la genèse des stigmates et des accidents dits hystériques.

M. GILBERT-BALLET. — Il est bien entendu que quand nous parlons de suggestion, nous avons aussi en vue l'auto-suggestion.

#### Quatrième question.

*La suggestion ou la persuasion ont-elles une action :*

- a) *Sur les réflexes tendineux?*
- b) *Sur les réflexes cutanés?*
- c) *Sur les réflexes pupillaires?*
- d) *Sur les fonctions circulatoires et trophiques (dermographisme, urticaire, œdèmes, éruptions, hémorragies, ulcères, gangrène)?*
- e) *Sur les fonctions sécrétoires (urine, sueur, salive)?*
- f) *Sur la température (fièvre)?*

#### a ET b) RÉFLEXES TENDINEUX ET CUTANÉS

M. KLIPPEL. — Pour ce qui est des réflexes tendineux, nous sommes tous d'accord pour admettre que la suggestion n'a sur eux aucune action. La discussion doit donc porter seulement sur les réflexes cutanés.

M. CHOCQ (de Bruxelles). — M. Babinski pense que la suggestion ne peut avoir aucune influence sur des réflexes, tant tendineux que cutanés. J'ai pu cependant, par suggestion, faire disparaître le réflexe plantaire en flexion, des réflexes pharyngien et cornéen. Mais je n'ai pas pu modifier le réflexe rotulien, ni l'achilléen, ni le crémasterien, ni celui du fascia lata. Ceux que l'on parvient à modifier par la suggestion sont des réflexes défensifs corticaux.

M. SICARD. — Dans l'examen du réflexe pharyngé il ne faut pas oublier le rôle important de l'habitude qui est capable de supprimer la contraction.

M. BUISAUD. — J'ai fait l'expérience chez les externes de mon service et je puis affirmer qu'ils sont tous arrivés presque immédiatement à inhiber le réflexe pharyngé. Il n'en faudrait pas déduire qu'ils avaient de l'anesthésie du pharynx.

Rien n'est plus difficile que d'établir une démarcation entre la réaction corti-

cale et l'acte réflexe. Pour le réflexe nauséeux en particulier, qu'on a coutume de rechercher avec la quinine, le fait qu'il ne se produit pas chez certains sujets n'implique nullement qu'ils ne *sentent* pas l'amertume. Ils peuvent très bien percevoir la sensation sans faire la grimace du dégoût ou de la nausée.

Quant au réflexe du fascia-lata, on parvient aussi à le supprimer par l'accoutumance. Beaucoup de sujets arrivent volontairement à ne pas réagir au chatouillement.

Le réflexe crémasterien, lui, est souvent absent.

M. DUPRÉ. — Ces différences tiennent uniquement à ce que certains sujets sont capables d'inhibition et d'autres non, et à ce que certains réflexes peuvent être inhibés plus facilement que certains autres.

M. DEJERINE. — Le réflexe cutané plantaire fait défaut à l'état normal assez souvent, dans une proportion que j'estime à 10 ou 15 % des cas observés.

M. BABINSKI. — J'admets aussi que le réflexe cutané plantaire fait parfois défaut.

M. DUPRÉ. — Par contre, on peut simuler le réflexe de Babinski.

M. BABINSKI. — Selon moi, la suggestion n'est pas plus capable d'abolir les réflexes cutanés que les réflexes tendineux; elle peut seulement en entraver indirectement la manifestation, quand les mouvements par lesquels ils se traduisent dépendent de muscles soumis à l'influence de la volonté. Il est évident, en effet, que nous pouvons, par exemple, rendre impossible l'observation du réflexe rotulien ou du réflexe cutané plantaire, en contractant volontairement les muscles de la cuisse ou ceux de la jambe et du pied; c'est même pour ce motif, que, quand on recherche ces phénomènes, on doit recommander aux sujets qu'on examine de relâcher leurs muscles. D'autre part, comme on peut aussi, par une contraction musculaire volontaire, étendre la jambe sur la cuisse ou le gros orteil sur le métatarse, il serait possible de simuler un réflexe rotulien qui serait aboli ou encore le signe du gros orteil. Mais il ne s'agirait alors que d'une imitation imparfaite, et j'ai indiqué, à plusieurs reprises, les moyens permettant de distinguer les véritables réflexes physiologiques ou pathologiques, des faux réflexes obtenus par suggestion ou simulation.

En ce qui concerne le réflexe pharyngien, je ferai remarquer d'abord qu'il présente déjà à l'état normal de grandes variétés individuelles, et ensuite qu'il est important, pour bien l'apprécier, de ne pas confondre, comme on le fait trop souvent, le vrai réflexe pharyngien qui se manifeste principalement par une contraction des piliers du voile du palais avec le mouvement général de défense qui suit l'excitation du fond de la gorge et qui se traduit par un recul de la tête. On peut, avec l'habitude, arriver à résister à ce mouvement de défense et il est facile d'obtenir ce même résultat par suggestion. Mais il n'en est pas de même pour le vrai réflexe. Faites l'expérience suivante : prenez un sujet, quelque suggestionnable qu'il soit, assurez-vous, après avoir abaissé sa langue, que la titillation du fond de la gorge provoque une contraction nette des piliers; cela fait, suggérez-lui, de votre mieux, que la gorge perdra sa sensibilité, puis faites

une nouvelle exploration, et, si le sujet n'entrave pas l'observation par des mouvements volontaires, vous verrez que le réflexe pharyngien se manifeste tout aussi bien après qu'avant vos tentatives de suggestion.

#### c). RÉFLEXES PUPILLAIRES.

M. KLIPPEL. — Nous arrivons à l'étude des réflexes pupillaires. Je crois qu'à cet égard tout le monde est également d'accord pour admettre que la suggestion n'a pas d'action sur ce réflexe.

M. PITRES. — Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, dans l'hystérie, le réflexe pupillaire sensitif, ou réflexe d'Erb, présente une intégrité parfaite, c'est-à-dire que, lorsqu'on pique le côté anesthésié, la pupille se dilate, absolument comme à l'état normal. Ce fait, que j'ai démontré il y a plus de vingt ans, est aujourd'hui banal et classique.

Des recherches plus récentes ne m'ont pas permis d'arriver à provoquer à volonté, par la suggestion, des modifications pupillaires, soit en dilatation, soit en contraction.

M. BABINSKI. — Voilà donc encore un point sur lequel nous sommes aujourd'hui tous du même avis.

#### d) TROUBLES CIRCULATOIRES ET TROPHIQUES.

M. HALLION. — J'ai étudié chez des hystériques, spécialement à l'aide du pléthysmographe digital que j'ai réalisé avec M. Ch. Comte, les phénomènes vasomoteurs, soit à l'état de veille, soit dans l'hypnose, et j'ai tenté de modifier ces phénomènes par suggestion. Ces recherches, auxquelles j'ai déjà fait allusion ici même à propos d'un travail de M. Babinski (1), ont été exécutées dans le service de Charcot; elles ont porté sur un assez grand nombre d'hystériques avérées et invétérées, particulièrement accessibles aux suggestions de toute sorte. Je n'ai constaté aucun phénomène circulaire qui fût particulier aux hystériques.

D'une part, je n'ai pas vu manquer les réactions normales habituelles. Chez un sujet sain, diverses stimulations sensitivo-sensorielles engendrent, comme on le sait, des réflexes vaso-moteurs étendus, que le pléthysmographe permet d'enregistrer. Ainsi qu'on devait le prévoir, j'ai constaté que de semblables excitations demeuraient inefficaces quand on les faisait porter sur un territoire frappé d'anesthésie organique. Or, tout au contraire, l'anesthésie hystérique, soit spontanée, soit provoquée par suggestion, n'empêchait pas le réflexe d'avoir lieu, et révélait par cela même sa nature artificielle toute spéciale.

D'autre part, je n'ai pas réussi à déterminer, par suggestion, des modifications circulatoires différentes de celles qui se manifestent chez les sujets nor-

(1) Séance du 4 juillet 1907.

maux. J'ai uniquement observé, en effet, soit des réactions banales, purement automatiques et involontaires, causées par l'émotion, par l'attention; soit encore ces variations de cause mécanique dans lesquelles la volonté peut prendre une part, et qu'entraînent par exemple certaines attitudes, certains mouvements, notamment les mouvements respiratoires dont l'influence sur la circulation est si grande. Je n'ai, somme toute, noté aucun fait qui impliquât une action directe, anormale, de la volonté ou de l'intelligence du sujet sur la nature, le sens et la localisation des phénomènes qui se sont produits.

A la vérité, je n'aurais pas été surpris, surtout à l'époque où j'ai entrepris ces recherches (en 1892), d'obtenir par suggestion des troubles circulatoires définis, du même ordre que les congestions et œdèmes spéciaux décrits comme manifestations hystériques; mes tentatives ont été infructueuses. De ces tentatives, je ne veux pas tirer de conclusions absolues que ne comportent pas des résultats purement négatifs. Il m'a paru toutefois opportun de les rappeler, puisqu'elles ont eu précisément pour objet l'une des questions qui nous sont aujourd'hui posées.

M. PITRES. — Mon opinion n'est pas fondée sur les réactions vaso-motrices.

Pour ma part, j'ai tenté de les étudier à l'aide de la sinapisation et des applications chloroformées. Mais j'ai été bientôt détourné de ces recherches par l'extrême variabilité des réactions observées chez les sujets sains; de plus, ces expériences sont dangereuses, car on peut provoquer des escharres. Donc, à ce sujet, il faut encore rester dans le doute.

Quant aux autres troubles trophiques observés dans l'hystérie, je crois avoir observé deux cas de sein hystérique, des œdèmes et des ulcérations de caractère hystérique.

J'ai observé une femme atteinte de paraplégie, chez laquelle l'examen des réactions électriques, effectué par le docteur Bergonié, avait montré la *réaction de dégénérescence*. Cette femme vint à Paris consulter un hypnotiseur, sans résultat; mais, quelque temps après, prise dans un incendie qui se déclara dans sa maison, elle fut tellement émotionnée qu'elle guérit brusquement, et la guérison a depuis persisté.

Quoi qu'il en soit, je reconnais qu'à l'égard de ces faits cliniques, il est prudent de garder quelque réserve.

M. RAYMOND. — La suggestion ou la persuasion armée (Lourdes ou tout autre procédé suggestif ou émotif) me paraissent pouvoir, non pas produire, mais faire disparaître les troubles vaso-moteurs, circulatoires, etc., de la même série, survenant chez des hystériques.

M. BRISSAUD. — A l'égard du sein hystérique, je n'ai pas d'opinion arrêtée. M. Pitres vient de nous dire qu'il *croit* en avoir observé des exemples; je dirai comme lui, je le *crois*; mais je n'oserais pas apporter une affirmation catégorique. Ce que l'on appelle le *sein hystérique*, est-ce de l'*hystérie*?

Quant aux troubles trophiques, en particulier les ulcérations dites hystériques, je suis encore moins certain de leur existence.

Voici un fait récent, dont j'ai été témoin, et que l'on trouvera relaté dans le numéro du 11 avril du *Progrès médical*:

Récemment, mes collègues, MM. Berger et Kirmisson, voulurent bien me

demander mon avis sur l'état névropathique d'une belle fille d'une vingtaine d'années, qui au cours de son travail dans un atelier de couture s'était piquée au pouce gauche. Un tout petit abcès superficiel s'étant développé à l'endroit piqué, M. Kirmisson fit une incision (dont la longueur ne dépassait pas un centimètre), et trouva au fond de la plaie opératoire un fragment d'aiguille qu'il enleva. La guérison fut rapide; mais, quelques jours après, la main devint douloureuse et les doigts prirent une attitude de contracture en extension. Presque en même temps, un nouvel abcès tout semblable au premier se forma à l'avant-bras gauche : nouvelle incision, nouvelle extraction d'un fragment d'aiguille, nouvelle guérison.

Quelques semaines s'écoulaient : la main reste contracturée, le membre est toujours douloureux, et un troisième abcès apparaît à la région supérieure du bras; troisième incision; troisième extraction d'un fragment d'aiguille, troisième guérison. C'est alors que la malade m'est présentée par mes collègues. Je l'engage à venir à l'Hôtel-Dieu où je lui promets qu'elle sera bien soignée et qu'elle guérira. Elle s'y refuse. Quelques jours après, elle change d'avis ou de caprice, et se présente à l'hôpital; mais ce n'est pas pour y être admise, elle veut simplement me consulter. M. le Dr Sicard, qui assiste à cette entrevue, examine le bras gauche, cherche à se rendre compte si par hasard il n'existerait pas quelque signe de névrite ascendante. Il n'y a pas de névrite, il y a un quatrième abcès que la malade exhibe avec complaisance — celui-là au sein gauche : quatrième incision, quatrième extraction d'un fragment d'aiguille, quatrième guérison.

Cependant cet enfant n'avait en apparence rien d'une simulatrice, elle était raisonnable, travailleuse; aucun motif ne pouvait expliquer une telle supercherie de sa part. Mais pouvons-nous entrevoir toutes les raisons des supercheres?

Encore une fois la différence entre la supercherie consciente et la supercherie inconsciente me paraît impossible à établir. Quand les malades commencent à mentir, on ne peut prévoir les limites du mensonge morbide. Les mensonges des morphinomanes sont-ils de l'hystérie? Un morphinomane, soumis à une étroite surveillance, que je soignais à l'annexe de l'Hôtel-Dieu finit par avouer qu'il cachait une seringue de morphine dans son rectum. Cet homme, pour se débarrasser d'une surveillance qui l'exaspérait, eut un beau mouvement d'apparente franchise. Eh bien! ce n'était pas une seringue qu'il cachait dans son rectum. C'étaient deux!

Dans le domaine de la mythomanie, les malades, hystériques ou non, sont capables de tout, et je n'aperçois pas le critérium du mensonge hystérique.

Nous avons tous reconnu ici même que les cas d'œdème qualifiés d'hystériques étaient toujours sujets à caution. On peut en dire autant de tous les accidents cutanés et des troubles thermiques. On peut en dire autant de ces contractures dont la prolongation semble invraisemblable et qui paraissent persister même pendant le sommeil. Mais sommes-nous certains que ces malades dorment réellement? Chez eux, la puissance du mensonge morbide et le besoin de supercherie n'ont pas de mesure. On croit qu'ils dorment : ils font semblant.

Je répète à dessein que je ne sais pas faire la différence entre deux espèces de simulation.

M. PITRES. — Il me paraît cependant absolument impossible que l'on puisse tout simuler, en particulier l'anesthésie.

M. BRISSAUD. — Pour moi, je crois le contraire. C'est une question de volonté : je veux ou je ne veux pas sentir.

M. DUPRÉ. — Je suis entièrement de l'avis de M. Brissaud. La volonté peut tout faire, en matière d'anesthésie. La clinique médico-légale nous montre dans l'étude des grands simulateurs, les prodiges d'énergie, d'endurance et d'entêtement réalisés, au cours d'une longue observation, par certains sujets résolus à tromper ou à lasser le médecin. J'ajoute que, dans ces anesthésies simulées, la piqure reste le plus souvent exsangüe : ce caractère n'est pas propre à l'hystérie ; il dépend d'un état de vaso-contriction périphérique particulier, associé à ces anesthésies psychiques, et que j'ai maintes fois constaté chez les simulateurs.

M. BABINSKI. — Nous devons écarter pour le moment l'hypothèse de la simulation. La question posée est bien précise :

Peut-on, par la suggestion, provoquer des troubles circulatoires et trophiques tels que le dermographisme, l'urticaire, l'œdème, les ulcérations ? Pour ma part, je ne le crois pas, ou du moins je déclare n'avoir jamais observé de faits de ce genre. Je demande aux membres de la Société si quelqu'un d'entre eux a pu faire naître, par la suggestion, l'un quelconque de ces troubles.

Je constate que personne, y compris M. Raymond, ne donne à cette question une réponse affirmative.

#### e) FONCTIONS SÉCRÉTOIRES

M. SOUQUES. — La suggestion n'a pas d'influence sur les fonctions sécrétoires. J'observe en ce moment une femme de 69 ans qui présente depuis quelques années des crises d'hyperidrose généralisée. Ces crises ont actuellement ceci de particulier qu'elles sont provoquées par le sommeil. Il suffit que cette malade s'endorme, soit naturellement, soit après absorption d'un narcotique, pour qu'elle transpire absolument des pieds à la tête. J'ai pu m'en assurer à diverses reprises. La suggestion indirecte, tentée plusieurs fois, n'a eu aucune influence sur l'apparition ou la disparition de cette hyperidrose.

Cette femme n'a jamais eu d'accidents d'hystérie ; elle n'en présente aujourd'hui aucun stigmate. Elle est assurément très émotionnable ; elle a éprouvé jadis des chagrins conjugaux dont le seul souvenir la fait encore pleurer. On aurait peut-être autrefois parlé d'hystérie chez elle et d'hyperidrose hystérique. Mais, je le répète, rien chez cette femme ne permet d'admettre l'existence de l'hystérie et la nature hystérique de cette hypersécrétion sudorale. Le fait que cette hyperidrose survient pendant le sommeil suffirait à écarter cette hypothèse, s'il en était besoin.

#### f) TEMPÉRATURE, FIÈVRE

M. BABINSKI. — Je crois que la plupart des observateurs sont d'accord sur ce point, qu'on ne peut engendrer de la fièvre par la suggestion.

M. RAYMOND. — L'observation de ma malade et celle de M. Terrien rapportée au Congrès de Genève et Lausanne ne permettent pas d'être aussi affirmatif et de nier l'existence de la fièvre hystérique.

M. BABINSKI. — L'observation de M. Terrien, que j'ai critiquée ailleurs, ne me paraît pas probante.

M. PITRES. — Il serait important de savoir si des expériences ont été faites dans ce sens par les membres de la Société, avant de conclure aussi hâtivement par la négative.

M. BABINSKI. — J'ai cherché à provoquer de la fièvre par la suggestion et je n'y suis pas arrivé.

M. DUPRÉ. — Je n'y ai pas réussi non plus.

M. PITRES. — Donc, deux médecins parmi nous ont des raisons, toutes personnelles, de ne pas croire au rôle de la suggestion dans la détermination de la fièvre hystérique; ce sont là deux opinions très intéressantes sans doute; mais, à elles deux, elles ne sauraient à aucun prix engager celle de nous tous. Telle est la seule conclusion scientifique.

M. BABINSKI. — Mais il faut retenir que ceux d'entre nous qui ont cherché à faire naître la fièvre par suggestion n'ont pu y parvenir.

M. DUPRÉ. — Et il est important d'ajouter que tous les faits publiés jusqu'à ce jour sous la dénomination de fièvre hystérique ne présentent pas de suffisantes garanties d'authenticité.

### Cinquième question

*En admettant que la suggestion ou la persuasion n'aient pas d'action sur les phénomènes désignés ci-dessus (voir quatrième question), existe-t-il quelque lien entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1?*

*Ce lien, s'il existe, est-il un lien de causalité, d'interdépendance, d'association ou de simple coïncidence?*

M. BABINSKI. — Selon moi, il n'y a aucun lien étroit entre ces deux ordres de phénomènes, qui peuvent simplement coïncider. Prenons l'exemple du dermographisme. Je l'ai souvent observé chez des sujets n'ayant jamais présenté aucun des troubles désignés au paragraphe 1. Tout récemment, j'ai vu un cas de ce genre, à un degré aussi élevé que possible, chez un étudiant en médecine qui, sauf cette particularité, n'avait jamais eu aucune manifestation névropathique. Inversement, je l'ai cherché en vain chez bien des malades atteints d'anesthésies, paralysies, contractures ou crises convulsives dites hystériques.

M. RAYMOND. — Il est fort possible que l'étudiant dont vient de parler M. Babinski n'ait présenté jusqu'alors que du dermatographisme ; mais supposez que pour une cause ou pour une autre, il devienne hystérique et qu'on voie se développer chez lui d'autres troubles vaso-moteurs ou trophiques, n'y aurait-il donc aucune relation entre son dermatographisme et ces troubles, de même que chez la malade que j'ai présentée il me paraît impossible de ne pas établir une relation intime entre sa contracture, son œdème et ses troubles thermiques.

Pourquoi ne pas admettre que chez ma malade le trouble général du dynamisme nerveux a influencé un centre thermogène ? Je ne prétends d'ailleurs pas que les troubles trophiques soient le fait de la suggestion ; mais simplement qu'ils relèvent, chez les hystériques, d'un élément morbide surajouté, actionné par la névrose. On sait cependant que mon ancien interne Lévi a fait disparaître, dans le sommeil hypnotique, l'asphyxie locale des extrémités et Terrien, à Lausanne, a annoncé qu'il avait influencé par suggestion un cas de ce genre.

M. BABINSKI. — M. Raymond estime que l'examen de la malade qu'il a présentée aujourd'hui suffit à fournir la preuve de la réalité de l'œdème et de l'hyperthermie hystériques. Je répondrai à cela que l'œdème fait complètement défaut chez elle pour le moment, et que, par conséquent, nous n'avons à prendre en considération que la thermo-asymétrie. Quoique nous n'ayons pas ici de thermomètre nous permettant de déterminer avec précision la différence de température entre les deux côtés, je reconnais qu'il y en a une, car, au simple toucher, on constate nettement que la main contracturée est plus chaude que la main saine. Mais avant d'admettre que ce phénomène dépend de l'hystérie, il faudrait d'abord établir, ce qui n'a pas encore été fait, qu'il s'agit là d'un cas d'hystérie pure ; entre autres causes d'erreur d'interprétation, il y en a une que je signalerai : un de nos collègues vient de noter que les battements de l'artère radiale, très nets du côté malade, sont à peine perceptibles du côté sain, il y a donc là une vaso-asymétrie qui n'est peut-être pas sans relation avec la thermo-asymétrie. Supposons pourtant que nous ayons affaire à une contracture hystérique pure, et que l'anomalie artérielle ne soit pour rien dans la différence de température entre les deux côtés, il est encore nécessaire de se rappeler, ainsi que l'a fait remarquer M. Brissaud, qu'une contraction musculaire dépendant de la volonté peut donner lieu à une élévation de température locale et par conséquent, pour soutenir qu'il s'agit ici d'une hyperthermie constituant un trouble hystérique secondaire, il faudrait, au préalable, prouver qu'une hyperthermie pareille à celle-ci n'est pas susceptible d'être provoquée, à l'état normal, pour une contraction musculaire volitionnelle ; or cela reste à démontrer.

M. KLIPPEL. — La question posée est la suivante : Existe-t-il un lien de causalité, d'interdépendance, d'association ou de simple coïncidence entre les phénomènes désignés au § 1, et les troubles de la réflexivité, de la trophicité, des sécrétions de la température ?

M. GILBERT BALLET. — Je crains qu'en procédant par éliminations successives, nous n'arrivions à trop restreindre la question que nous avons à discuter.

M. BABINSKI. — C'est cependant le seul moyen d'arriver à une entente que chacun de nous juge désirable et nécessaire, et je rappellerai à ce propos un mot inédit de Lasèque : « l'hystérie est une corbeille dans laquelle on jette les papiers qu'on ne sait où classer ». Ce que nous nous proposons de faire ici, c'est de séparer les uns des autres des troubles qui n'ont pas de lien entre eux et qui pourtant ont été réunis pêle-mêle dans ce qu'on a appelé l'hystérie.

M. RAYMOND. — Si vous procédez de la sorte vous arriverez à avoir de l'hystérie la même conception que M. Bernheim.

M. BABINSKI. — Certainement non. La définition de l'hystérie proposée par M. Bernheim ne me paraît pas du tout acceptable, contrairement à ce que M. Raymond vient de dire. Pourquoi réserver le mot hystérie aux attaques convulsives? Ces troubles, puisqu'ils sont caractérisés, comme le reconnaît M. Bernheim lui-même, par la possibilité d'apparaître et de disparaître sous l'influence de la suggestion, ont les mêmes propriétés que les autres phénomènes désignés au paragraphe 4 et il est par conséquent logique de les ranger tous dans un même groupe.

M. BRISSAUD. — Je reprendrai à mon tour la question sur laquelle porte actuellement la discussion et je demanderai à M. Raymond s'il a vu des cas de troubles trophiques, pemphigus, ulcérations, etc., ayant un lien de cause à effet avec ceux qui ont été groupés dans le § 4.

M. RAYMOND. — Je n'ai jamais dit que de tels accidents pouvaient se produire sous l'influence de la suggestion; mais je maintiens qu'on les voit survenir chez des sujets qui présentent d'autres manifestations hystériques et qu'ils semblent être en rapport étroit avec celles-ci.

M. THOMAS. — Je demanderai à mon tour à M. Raymond si, oui ou non, il a vu se développer sous ses yeux des bulles de pemphigus?

M. RAYMOND. — Assurément ces cas ne courent pas les rues, et je ne dis pas que nous n'ayons pas été trompés un certain nombre de fois. Mais n'y aurait-il qu'une seule observation authentique, qu'elle servirait à justifier une protestation contre l'exclusivisme qui tend à s'établir sur cette question.

M. DUPRÉ. — La question qui nous est posée est précise : entre les phénomènes que peut reproduire la suggestion et les troubles de réfectivité, de trophicité, de température, je crois que nous sommes tous d'accord pour admettre qu'il existe un lien de simple coïncidence ou d'association. Mais quelqu'un admet-il un lien de *causalité*? — A cela on n'a pas apporté de réponse précise.

M. RAYMOND. — On pourra tenter de légiférer sur cette question, on n'arrivera pas à la résoudre; mais les faits sont les faits.

M. BALLET. — Voici, me semble-t-il, comment il convient de poser la question : quelqu'un parmi les membres de la Société peut-il affirmer avoir observé, par

lui-même, avec certitude, que des troubles de la réfectivité, de la circulation, de la trophicité, de la sécrétion, de la température, se sont produits dans les mêmes conditions que les troubles désignés au paragraphe 1, et qu'il existe un rapport étroit entre ces deux sortes d'accidents ?

M. DEJERINE. — Je crois que les troubles trophiques cutanés sont des plus rares dans l'hystérie, lorsque, bien entendu, on prend toutes les précautions pour éviter la simulation. J'ai observé, il y a quelques années, une hystérique de la pratique privée, qui accusait de temps en temps une sensation de piqure très vive au niveau de la pulpe digitale d'un ou de plusieurs doigts ; à ce niveau on voyait un point rouge de la grosseur d'une lentille qui, le soir ou le lendemain, était transformé en une bulle de pemphigus. Évidemment je n'avais pas constamment la malade sous les yeux et on peut songer à la supercherie, bien que cependant je n'aie jamais pu la constater.

M. DUPRÉ. — Mais la malade de M. Dejerine était elle mise à l'abri de toute supercherie ? Avait-on appliqué un pansement cacheté ?

M. BABINSKI. — Pour l'observation des faits de ce genre on ne saurait jamais s'entourer d'assez de rigueur.

M. RAYMOND. — Vous pouvez cependant observer vous-même ces faits chez la malade que je vous ai présentée.

M. BABINSKI. — Je ne suis pas de l'avis de M. Raymond au sujet de cette malade. Les troubles qu'elle présente me paraissent sujets à discussion.

M. KLIPPEL. — Il est difficile de répondre d'une façon absolue à la dernière question posée par M. Ballet. Nous avons tous vu des faits de l'ordre de ceux qu'on vient de discuter ; mais il serait peut-être prématuré d'affirmer ou de nier qu'il existe des relations de causalité entre ces faits et ceux qui ont été désignés au paragraphe 1 ; entre ces deux opinions extrêmes il y a place pour une troisième, qui est le doute provisoire.

M. DUPRÉ. — Le questionnaire qui est soumis à la Société permet, à ce sujet, d'exprimer toutes les opinions, puisque, à côté des relations de causalité, il indique les relations d'interdépendance, d'association et de coïncidence. Il ne peut exister, entre deux ordres de faits, d'autres sortes de rapports. Aussi bien, j'estime que chacun de nous peut exprimer maintenant son avis sur la nature des relations qui unissent ces faits à ceux qui ont été désignés au paragraphe 1.

M. RAYMOND. — Pour moi, les faits que j'ai vus me portent à croire qu'il existe un lien, un mécanisme général, reliant les accidents énumérés dans le paragraphe 1 à quelques-uns de ceux énumérés au paragraphe 4, en particulier aux troubles vaso-moteurs. Peut-on considérer ces accidents comme une complication au même titre que ceux de même nature survenant, par exemple, au cours de

certaines tabes, de quelques syringomyélies, ou comme une association : c'est là la question à résoudre.

M. KLIPPEL. — L'heure étant trop avancée pour passer à la discussion du reste du questionnaire, nous vous proposons de remettre cette discussion à une séance ultérieure.

M. BABINSKI. — Avant de nous séparer, je désire faire remarquer qu'il résulte déjà de cette discussion que la conception ancienne de l'hystérie a subi une véritable transformation dans l'esprit de tous les neurologistes ici présents, à l'exception de M. Raymond. Que reste-t-il, par exemple, de l'anurie, des œdèmes, des phlyctènes, des ulcérations, des gangrènes, des hémorragies, de la fièvre hystériques? — Rien, ou du moins, aucun de nous n'est autorisé à affirmer la réalité de ces phénomènes, puisqu'aucun de nous ne les a reproduits par suggestion et n'est en mesure de fournir de faits établissant l'existence d'un lien de causalité ou d'interdépendance entre ces phénomènes et les troubles désignés au paragraphe 1, seuls troubles que nous ayons été toujours d'accord pour appeler hystériques. Il ressort aussi de ce qui vient d'être dit que, contrairement à l'opinion admise autrefois, et conformément à celle que je soutiens depuis des années, nous sommes tous d'avis maintenant que l'affaiblissement, l'abolition ou l'exagération des réflexes tendineux n'appartiennent pas à la symptomatologie des paralysies ou des contractures dites hystériques.

### Autres réponses au questionnaire sur l'Hystérie

A l'occasion de cette séance consacrée à l'hystérie, des réponses au questionnaire ont été adressées à la Société par les membres correspondants nationaux suivants :

M. CESTAN (de Toulouse). — Sous l'influence des travaux successifs de M. Babinski, le domaine de l'hystérie, autrefois aussi vaste qu'imprécis, se limite et se précise. Puisque l'hystérie, encore et peut-être toujours à cause même de sa nature, n'est pas susceptible d'une démonstration histologique, force est donc de s'en tenir à la seule méthode d'observation clinique, observation rigoureuse, longuement suivie, pratiquée à l'abri de toute hypothèse psychologique, de toute interprétation théorique, qui, malgré toute bonne foi scientifique, empêchera forcément « de bien voir ». C'est dans cet esprit de libre critique que nous avons essayé, après avoir suivi dès 1897 l'enseignement de notre maître, M. Babinski, d'observer les accidents des hystériques.

Nous avons vu disparaître par suggestion ou persuasion les stigmates de l'hystérie, paralysies, contractures, troubles sensitivo-sensoriels, crises, etc... Souvent les stigmates sont provoqués et surtout fixés et développés par le médecin; mais j'ai pu les voir apparaître, très rarement il est vrai, en dehors de tout examen médical; ils surviennent alors chez des sujets peu lettrés et peu intelli-

gents, se superposant à des troubles organiques ou succédant à des traumatismes ; on peut donc admettre que l'émotion et l'auto-suggestion ont joué un rôle important dans leur apparition.

Je n'ai jamais vu se modifier par la suggestion les réflexes tendineux, la vraie trépidation spinale, le réflexe pupillaire à la lumière, le réflexe cutané de Babinski, le dermatographisme, la tendance à l'urticaire ou aux hémorragies, la fièvre. Mais j'ai vu des anesthésies hystériques s'accompagner d'une modification de l'intensité de quelques réflexes cutanés, cutané abdominal ou crémasterien. On comprend très bien que des idées développées par la suggestion puissent modifier le rythme cardiaque (tachycardie, palpitations), les sueurs (crises angoissantes), la digestion (troubles dyspeptiques), le rythme urinaire (rétention vésicale ou miction très éloignée (tous les deux jours dans une observation personnelle), et arriver ainsi à modifier secondairement la nutrition.

J'ai observé un cas d'œdème de la main chez une hystérique, mais on aurait pu expliquer son apparition soit par la contracture des muscles fléchisseurs, soit par le fait d'un pansement trop serré chez une anesthésique avec réflexes vaso-moteurs exagérés. Cela ne veut pas dire que le dermatographisme soit sous la dépendance directe de l'hystérie, car on l'observe bien souvent chez des émotifs ou des sensitifs en dehors de toute tendance hystérique. J'ai vu une anurie chez une hystérique, mais je ne saurais affirmer sa nature hystérique.

Il semble donc que le mot *pithiatique* soit un excellent qualificatif pour les accidents sûrement hystériques, tels que les stigmates ; il semble donc que très probablement tous les vrais accidents hystériques doivent rester dans ce groupe. Toutefois, avant de restreindre ainsi le domaine de l'hystérie, c'est-à-dire faire de l'hystérie le synonyme de pithiatisme et d'en éliminer par suite tous les accidents qu'on ne peut reproduire par suggestion, tels que les œdèmes, les gangrènes, et cela sans l'existence d'un chaînon nécessaire nettement hystérique comme une contracture, une paralysie, etc., il paraît utile d'attendre encore les résultats de l'enquête sur les faits litigieux, tels que œdèmes, gangrène, fièvre, anurie, etc.

M. VIRES (de Montpellier). — On peut définir l'hystérie : un syndrome mental, caractérisé par la désharmonie, le relâchement, le non-contrôle des neurones supérieurs d'association. Ces derniers sont constamment incités par les apports incessants de tous les territoires de la sensibilité (sensibilité profonde — sensibilité cénesthésique ou viscérale, sensibilité sensorielle, sensibilité générale). Ces apports traversent les aires d'association, les neurones supérieurs d'association, les centres d'association, et de là sont extériorisés par les neurones moteurs. Chez l'hystérique, les rapports entre les voies sensitives d'apport et les voies de départ motrices sont perturbés : alors prennent naissance, — dans ces neurones d'association, dans ces centres supérieurs, siège et réservoir des souvenirs et des images antérieurement acquis, source de processus psychiques par autosuggestion du malade, sous l'influence d'une idée fixe primaire, d'idées secondaires toujours subconscientes, sous l'influence de souvenirs obsédants, d'émotions morales vives, de traumatismes, — prennent naissance des traductions sensitives, motrices, intellectuelles, anormales, par excès, par défaut.

Ces perturbations sont semblables comme forme, sont identiques comme cause et comme mécanisme, à celles que réalisent les hypnotisés, spontanément ou sous l'influence de l'hypnotiseur. Il n'y a aucune différence entre l'hypnotique suggestionné, le suggestionné à l'état de veille et l'hystérique.

Pour répondre au questionnaire :

1° De la définition même, il résulte que tous les phénomènes rattachés à l'hystérie peuvent être reproduits, — influencés, — dissipés par la suggestion.

2° On peut conserver le nom de syndromes hystériques.

3° La plupart du temps, les stigmates sont le résultat d'une suggestion inconsciente, par l'interrogatoire ou par l'attention portée par l'hystérique sur un fait qui l'a frappé et qu'il s'empresse de réaliser.

Mais parfois, la suggestion, même inconsciente, ne joue aucun rôle et les stigmates, simples perturbations des fonctions sensitives, sensorielles, motrices, intellectuelles, ne sont que des symptômes vulgaires de l'hystérie.

4° La suggestion a une influence sur la température. Témoin une observation d'hyperthermie hystérique que je joins à ce texte. (Communication faite au VI<sup>e</sup> Congrès français de médecine, Toulouse, 1902).

5° Comme au paragraphe 1.

6° Dans l'hypnotisme et l'hystérie se retrouvent les mêmes troubles, et non ailleurs.

7° et 8° Il faut conserver le nom de syndromes hystériques; il faut y ranger tous les syndromes que l'idée fixe primaire avec ses idées secondaires subconscientes transforme en perturbations sensitives, motrices et intellectuelles. Celles-ci ne seront hystériques que si la persuasion ou la suggestion les peut reproduire.

---

La prochaine séance aura lieu le *jeudi 7 mai*, à 9 heures et demie du matin.

La Société se réunira en une séance supplémentaire le *jeudi 14 mai*, pour continuer la discussion sur l'*Hystérie*.

Au mois de juin, outre la séance du *jeudi 4 juin*, une séance supplémentaire aura lieu le *jeudi 11 juin*, pour discuter la question de l'*Aphasie*.

Le gérant : P. BOUCHEZ.

a.  
T  
S  
,  
-  
u  
  
ON  
  
er  
is-  
os-  
o-

.  
  
our  
  
aire

8.